




Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

PROGRAMA TRATAMIENTO 
CON MORFINA Y SU INFLUENCIA
EN LA FAMILIA.

ESCUELA NACIONAL
DE TRABAJO SOCIAL
TESIS Y EXAMENES
PROFESIONALES

T E S I S
Que para obtener el Título de
LICENCIADO EN TRABAJO SOCIAL
P r e s e n t a n

JIMENEZ ARIAS CLAUDIA
MARVAN ENRIQUEZ CLAUDIA VERONICA

México, D. F.

1993

FECHA DE ORIGEN
NOO 3211



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO I

1.GENERALIDADES DE LA FARMACODEPENDENCIA

1.1	Farmacodependencia	6
1.2	Posibles factores causales de la farmacodependencia	8
1.3	Tipos de fármacos	13
1.4	Opioides	20
1.4.1	Antecedentes	
1.4.2	Métodos de administración	
1.4.3	Antagonistas de los opioides	
1.4.4	Enfoques teóricos acerca del consumo de opioides	
1.4.5	Farmacología de los opioides	
1.4.6	Patrones de abuso	
1.4.7	Problemas psíquicos característicos de los usuarios de opioides	
1.4.8	Utilización de antagonistas en el tratamiento del consumidor crónico de heroína	

CAPITULO II

2. LA SITUACION DE LA FARMACODEPENDENCIA EN EL MEXICO ACTUAL

2.1 México y la farmacodependencia	48
2.2 Situación de la demanda de estupefacientes y psicotrópicos	50
2.3 Situación del tráfico ilícito de estupefacientes y psicotrópicos	55
2.4 Atención a la farmacodependencia	56
2.5 Reforzamiento de las acciones de atención al fenómeno	61
2.6 Modelos de tratamiento	62

CAPITULO III

3. FARMACODEPENDENCIA, FAMILIA Y TRABAJO SOCIAL

3.1 La familia del farmacodependiente	68
3.2 Trabajo social y farmacodependencia	83

CAPITULO IV

4. PROGRAMA TRATAMIENTO SUSTITUTO CON MORFINA

4.1 Historia del programa	87
4.1.1 Contexto general	
4.1.2 Hospital Federal para toxicómanos	
4.1.3 Oficina de control de enervantes	
4.1.4 Entrevista al Dr. Miguel Gómez	
4.1.5 Historia del programa según los pacientes	
4.2 Tratamientos de mantenimiento con sustituto	109
4.2.1 Terapias de mantenimiento	
4.2.2 Generalidades del tratamiento con metadona	

CAPITULO V

5. INVESTIGACION REALIZADA SOBRE EL PROGRAMA TRATAMIENTO SUSTITUTO CON MORFINA

5.1 Objetivos	127
5.2 Hipótesis	128
5.3 Metodología	129
5.4 Presentación de resultados	133
5.5 Análisis e interpretación de resultados	181

CONCLUSIONES 193

SUGERENCIAS 197

PROPUESTA 199

BIBLIOGRAFIA 208

ANEXOS 214

INTRODUCCION

Se sabe que la farmacodependencia encierra una serie de problemáticas que repercuten no solamente en algunos países del mundo, sino también en nuestra sociedad por su magnitud y trascendencia tanto en los aspectos sociales, familiares e individuales. En especial, por el impacto negativo en la salud, desarrollo e integración social de los grupos más afectados por la farmacodependencia en nuestro país: niños y jóvenes.

Es por ello que, de la farmacodependencia se pueden desprender varios aspectos de interés que conlleven a la realización de investigaciones.

En esta ocasión el objetivo fue investigar aspectos diversos relacionados con un Programa de Tratamiento Sustituto con Morfina para conocer el posible impacto que ha dejado en los pacientes inscritos a él y sobre sus familias.

Este programa ha sido regulado por la Secretaría de Salud aproximadamente desde hace más de 40 años. En el sentido original, los programas de esta índole tienen como propósito alejar a los farmacodependientes del uso ilícito de la heroína, sustituyéndola con la morfina como parte de un tratamiento que reivindicara a estos sujetos a la sociedad.

Sin embargo, al parecer en el presente caso, no se han llevado a cabo evaluaciones del programa de este tratamiento sustituto con morfina, además, actualmente los pacientes registrados en él aún siguen recibiendo oficialmente la morfina, por tanto, se consideró

importante estudiar la historia y desarrollo de este programa con el fin de detectar cuales han sido las circunstancias en que estos pacientes se han desenvuelto respecto a su rehabilitación potencial.

Cabe señalar que el trabajador social generalmente, ante el problema de la farmacodependencia, interviene en todo aquello que se refiere a la prevención; y, este programa da la posibilidad de desarrollar un nuevo campo de acción para este profesionalista, que podría ser precisamente la rehabilitación, trabajando en coordinación con un grupo multidisciplinario.

CAPITULO 1

GENERALIDADES DE LA FARMACODEPENDENCIA

1.1 FARMACODEPENDENCIA

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), farmacodependencia es: " el estado psíquico y físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación".(1)

Esta definición establece que para que exista farmacodependencia es necesario que un ser vivo entre en contacto con un fármaco. Si se considera que droga o fármaco es toda " sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de sus funciones".(2) Entonces, la farmacodependencia es un fenómeno que resulta de la alteración de alguna función normal inducida por el abuso que es " el consumo de una droga en forma excesiva, persistente o esporádica, incompatible o sin relación con la terapéutica médica habitual".(3) De tal modo que, para hablar de abuso de un fármaco, es necesario que esta sustancia se adquiriera en forma ilícita, o bien, que no sea usada

como parte de un tratamiento médico. Además, el consumo de la droga tiene que hacerse en dosis lo suficientemente altas, sin importar si se le utiliza de vez en cuando o en forma continua.

La farmacodependencia se puede desarrollar en dos niveles, psíquico y físico, manifestándose en dos tipos diferentes de dependencia, la "física" y la "psicológica".

La dependencia física o adicción es " un estado de adaptación biológica que se manifiesta por trastornos fisiológicos más o menos intensos cuando se suspende bruscamente la droga".(4) Esto significa que cuando existe dependencia física, el organismo se adapta al fármaco y este se requiere para el funcionamiento de los diversos mecanismos fisiológicos afectados. De tal manera que, si bruscamente se suspende la administración de la droga, ocurren trastornos fisiológicos, como alteraciones en la frecuencia cardíaca, en la presión arterial y en la respiración; sudoración, vómito, delirios, convulsiones, pérdida de la conciencia, entre otros. Este cuadro conforma "un conjunto de manifestaciones clínicas, fisiológicas y psicológicas, como molestias que sufre el individuo que ha desarrollado dependencia física a una droga cuando la suspende bruscamente" (5),denominado síndrome de abstinencia, el cual puede ser leve, moderado o severo incluso, en casos raros, puede llegar a provocar la muerte.

Por otra parte, la dependencia psíquica es " el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, es decir, en la dependencia psíquica no se producen trastornos fisiológicos al retirar súbitamente la droga. Sin embargo, el individuo siente la necesidad psicológica irreprimible de tomarla" (6). En este caso el consumo

compulsivo provoca alteraciones en la mente de la persona, que varían según el tipo de droga. El individuo busca el fármaco de cualquier forma, por cualquier medio y esto le puede poner en peligro.

Ambos tipos de dependencia pueden o no acompañarse de otro fenómeno llamado tolerancia, su definición es la siguiente : "Tolerancia es la adaptación del organismo a los efectos de la droga, que implica la necesidad de aumentar la dosis para seguir obteniendo resultados de igual magnitud".(7) Cuando una persona consume una droga que provoca tolerancia, tiene que administrarse cada vez mayor cantidad de ella a fin de producir el mismo efecto. Esta situación encierra un grave riesgo, pues la cantidad de fármaco se puede aumentar a tal grado que se presenta una intoxicación por sobredosis.

1.2 POSIBLES FACTORES CAUSALES DE LA FARMACODEPENDENCIA

En diversas investigaciones se ha señalado que existen múltiples factores que determinan la predisposición, el surgimiento y el desarrollo del problema de la farmacodependencia. Aquí se consideran los siguientes, no necesariamente en orden de importancia:

1. Placer
2. Curiosidad
3. Experimentación
4. Causas psicológicas
5. Presión de grupo

6. Síntoma de desajuste de los padres

7. Teoría de la televisión

8. Débil autoestima

1. Placer : Si se comprende el intenso placer que proporciona la droga, se puede afirmar que " la única razón para el uso de drogas es obtener placer ". Se ha dicho que esta puede no ser la causa del uso inicial, pero potencialmente puede motivar el uso prolongado. La euforia es uno de los efectos mas frecuentes en la adicción simple y, subjetivamente, los individuos la refieren como parte de la explicación de continuar el abuso.

2. Curiosidad : Muchos jóvenes prueban la droga únicamente por curiosidad. Pero, por que una vez satisfecha esta, siguen consumiendo la sustancia ?. Posiblemente se debe a un reforzamiento, este constituye un principio psicológico básico de aprendizaje por el cual se afirma que, un estímulo determinado (fármaco) produce una cierta respuesta (placer o euforia) y tal estímulo se repite en momentos posteriores, la respuesta aparecerá con mayor facilidad. Por tanto, si el uso de drogas se condiciona o se asocia a una sensación placentera , entonces la administración del fármaco se utilizará como medio para obtener mas placer o por lo menos, para aliviar sentimientos negativos como la tristeza y la soledad. Esto puede ser el camino de formar un hábito de abuso, por la repetición constante de una acción que satisface.

La generalización de estímulos es otro principio psicológico involucrado en este proceso. Este implica que si un individuo ha

aprendido a enfrentarse a una situación específica a través de la droga, tratará de resolver otras situaciones similares por la misma vía. Tal generalización llevará, del uso inicial de tipo ocasional por curiosidad, a uno habitual, como respuesta predominante a cualquier situación.

3. Experimentación : Esta puede aparecer como similar a la curiosidad, pero no necesariamente.

El ser humano es un experimentador innato, y por tanto, un fumador de marihuana puede preguntarse que pasaría si prueba un opiáceo. Esto no significa que exista necesariamente una progresión de una droga a otra, pero debido a la naturaleza humana es muy probable la experimentación con varios tipos de sustancias.

4. Causas psicológicas : Puede existir una base psicológica para el abuso de drogas, aunque muchas veces puede no ser evidente cuando el individuo se presenta para tratamiento. Se ha determinado que, en muchas ocasiones, el individuo empieza a utilizar ciertas drogas como respuesta a un problema psicológico específico; así, algunas veces, se puede identificar el problema interno mediante la sustancia utilizada.

Si una persona padece de hiperactividad la droga que escogerá será una que la tranquilice; por el contrario, si una persona es introvertida o está deprimida, optará por un estimulante. En estos casos la sustancia tiene un valor de ajuste, y probablemente debería haber sido indicada bajo control médico.

Cuando la personalidad del individuo propicia un conflicto con la sociedad, éste tratará de solucionarlo por medio de las drogas.

Otra de las posibles causas del problema es el deseo de atraer la atención de los padres. Mediante la utilización de drogas logran dos objetivos, estar " en onda " y llamar la atención.

5. Presión de grupo : Muchos piensan que la presión de grupo es un factor externo de la adicción. No obstante los niños no son generalmente forzados a usar la droga. El joven la busca para sentir una mayor aceptación de parte del grupo. Esta necesidad de aprobación es tan fuerte, que el joven hará cualquier cosa que considere parte de las normas del grupo.

6. Síntoma de desajuste de los padres : La literatura social y psicológica tiene muchas referencias de casos de madres dominantes y padres ausentes (física o psicológicamente) y las respuestas de los hijos a esta situación, una de las cuales puede ser el uso de drogas. El niño busca un modelo para identificarse, generalmente lo encuentra en el líder de su grupo, que puede ser un consumidor de éstas. Para la identificación solamente requiere de una conducta semejante. El consumo de drogas suele ser la luz de alarma para manifestar la problemática disfuncional familiar.

7. Teoría de la televisión : El valor de esta teoría como una causa de la adicción es indiscutible, pero nos deja ver algo de la conducta motivacional del farmacodependiente.

La generación actual está expuesta durante tanto tiempo a la televisión que los jóvenes aprenden a depender de sus ojos y oídos para ser estimulados, ya que han sido condicionados a estar

pasivamente frente al televisor viendo y oyendo, mientras se les crea un mundo de fantasía.

La misma situación existe cuando el joven usa las drogas. El no hace nada, deja pasivamente que la sustancia ingerida lo estimule. Esta crea un mundo de fantasía donde el se encuentra pasivo, mientras infinidad de cosas pasan a su alrededor.

Además la transculturación y la falta de identidad en el joven juegan un papel determinante.

8. Autoestima. Mucho se ha hablado de este factor como causa de búsqueda de la droga. La evasión de la realidad de un joven con sentimientos de minusvalía, generalmente lo lleva hacia la búsqueda de eventos de rebeldía que no podría sustentar en condiciones normales pero si bajo los efectos de alguna sustancia.

Las causas anteriormente enlistadas pueden o no ser las únicas, pero todos estos factores individualmente o combinados entre sí, tal vez sean las causas ocultas que los profesionales buscan.

1.3 TIPOS DE FARMACOS

F A R M A C O S

ESTIMULANTES:	- Aminas simpaticomiméticas	{anfetaminas {dextroanfetaminas {metilanfetaminas
	- Cocaína	
	- Alucinógenos	{LSD {mescalina {marihuana
DEPRESORES:	- Hipnóticos sedantes	{barbitúricos {no barbitúricos
	- Ansiolíticos	{clordiazepóxido {diazepam {meprobamato {metaculona
	- Analgésicos narcóticos	{opio {heroína {morfina {metadona {LAAM
	- Inhalables	{solventes {cosolventes {diluyentes
	- Etanol	
OTROS:	- Antihistamínicos	{difenhidramina
	- Anticolinérgicos	{alcaloides naturales {anticolinérgicos sintéticos
	- Antiparkinsonianos	

Definiciones del cuadro.

Los fármacos se clasifican de diversas formas, una de ellas está relacionada con el efecto que producen. En términos generales, se pueden encontrar aquellos que incrementan o disminuyen la actividad del Sistema Nervioso Central; a los primeros se les denomina estimulantes y a los segundos depresores. Es importante señalar que tales efectos resultan de su influencia sobre los sistemas de control con que cuenta el Sistema Nervioso Central. De tal modo, que los efectos de un fármaco pueden reducir la actividad neuronal cuando tiene la capacidad de contrarrestar un sistema de control excitatorio o potenciar los sistemas inhibitorios, en contraste, un fármaco puede incrementar la actividad neuronal al potenciar un sistema excitatorio o bloquear un sistema inhibitorio.

ESTIMULANTES :

Aminas simpaticomiméticas

Este tipo de fármacos produce aumento de la actividad espontánea, intranquilidad, agitación, estimulación del centro respiratorio, merma en el apetito y pérdida del peso corporal. No es raro que algunas aminas simpaticomiméticas lleguen a desarrollar efectos analgésicos y activen esta propiedad en determinados narcóticos. En general, aceleran y desincronizan el electroencefalograma; aumentan la incidencia de ondas de alta frecuencia y reducen la amplitud y

duración de las ondas delta que se presentan después de un periodo prolongado de insomnio.

Por otra parte, las anfetaminas incrementan la presión arterial, generan constricción de los vasos sanguíneos, relajación del músculo liso de los bronquios del estómago, el intestino, la vejiga, y contracción de los esfínteres. Es un hecho que inducen dependencia psíquica y física, y que la suspensión de su suministro provoca molestias importantes e intensas. Otro ejemplo de las aminas son las dextroanfetaminas y las metilanfetaminas.

Cocaína

Los principales efectos de la cocaína son tres: estimulación del Sistema Nervioso Central, dilatación pupilar y anestesia local.

La cocaína es eficaz si se le ingiere, se le aspira, fuma o inyecta por vía intravenosa. Los efectos estimulantes de la cocaína en el cerebro, el delirio alucinatorio de una sobredosis y el estado de paranoia que induce su consumo habitual tienen cierto parecido real a las anfetaminas. En dosis muy altas la estimulación del Sistema Nervioso por cocaína ocasiona convulsiones y muerte.

Después de que se discontinúa el consumo de ésta, puede sobrevenir flojera, somnolencia, depresión y hambre.

Alucinógenos

Se denominan drogas alucinógenas a las sustancias que producen alteraciones mentales, emocionales y del comportamiento, semejantes a las que caracterizan a la psicosis, con desorganización de la

personalidad que suelen provocar alucinaciones, es decir, falsas impresiones sensoriales.

Desde el punto de vista farmacológico, estas drogas son de gran importancia, pues se emplean para crear psicosis experimentales o modelos que permiten estudiar la acción de diferentes fármacos sobre las mismas; sin embargo, no han sido oficialmente usadas como medio terapéutico. Ejemplo de éstas pueden mencionarse el LSD, la mescalina y la marihuana.

DEPRESORES :

Hipnóticos sedantes

Con la designación de hipnóticos sedantes se agrupan algunas sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central, aunque en forma no selectiva, cuyos efectos se reflejan primero en las funciones cerebrales. Suelen usarse para producir sedación ligera, sueño, hipnosis y anestesia.

Los diversos miembros de este grupo difieren entre sí por :

- a) la actividad por unidad de peso
- b) las vías a través de las cuales pueden ser administrados
- c) la rapidez de acción y la duración de sus efectos
- d) las molestias que siguen a su uso
- e) el riesgo de dependencia
- f) la frecuencia con que producen fenómenos tóxicos, agudos o crónicos.

Este grupo de drogas se clasifica en : barbitúricos (barbital y fenobarbital); y, no barbitúricos (hidrato de cloral e hidrato de butilcloral).

Ansiolíticos

Se designa al grupo de medicamentos utilizables en el control de los estados de ansiedad ligados a situaciones ambientales de tensión. Estas sustancias, que provocan depresión del Sistema Nervioso Central afectan la actividad psíquica aún con dosis menores de las que se requieren para producir depresión hipnótica y se emplean también en el manejo de sujetos alcohólicos especialmente durante el período de supresión. Entre los ansiolíticos se pueden encontrar el clordiazepóxido, el diazepam, el meprobamato y la metaculona.

Analgésicos narcóticos

Se llaman drogas analgésicas las sustancias que al actuar directamente sobre el Sistema Nervioso Central suprimen el dolor. Hay dos tipos de ellas: unas, las conocidas con el nombre de antipiréticos analgésicos, que no sólo reducen el dolor sino que al mismo tiempo intervienen para activar el descenso de la temperatura; y otras, las denominadas analgésicos narcóticos las cuales, además de aliviar el dolor, son magníficas inductoras de sueño. Dentro de estas últimas se encuentran el opio y sus derivados, como lo son: heroína, morfina, metadona y LAAM entre otros.

Inhalables

Se les llama inhalables a los productos conocidos como solventes industriales y a diversas sustancias que se emplean sobre todo en la industria -aunque a veces también en el hogar-, cuya composición química es por lo general muy variada entre los que se incluyen pegamentos, aerosoles, tintas para zapatos, limpiadores de metales, líquidos quitamanchas, gasolinas para encendedor, disolventes para lacas, barnices y pinturas.

Los inhalables ocupan un lugar destacado en la farmacodependencia juvenil. Ello se explica porqué a diferencia de las otras drogas, la obtención de estas sustancias tiene menores restricciones: no está prohibida su venta, son baratas y se encuentran en muchos sitios (tlapalerías, papelerías y supermercados).

Además, sus características comparadas con el resto de las drogas de abuso son diferentes: surten efecto de inmediato, su administración es sencilla y sin dolor, es posible alcanzar el estado de intoxicación las veces que se desee a lo largo del día y la "resaca" que provocan es mínima. No obstante, sus efectos nocivos se pueden detectar en dos niveles: a) alteraciones en los estudios patológicos del tejido neuronal que oscilan entre edema hasta necrosis; y, b) desarrollo del síndrome orgánico cerebral.

Etanol

Es un fármaco que posee efectos depresores pero que tiene una estimulación inicial.

La reacción de abstinencia puede variar de mínima a muy intensa. Después de la intoxicación prolongada por días o semanas, los

síntomas de abstinencia por lo regular incluyen insomnio, temblor hiperreflexia, notable sudoración y pérdida de apetito. En reacciones más graves puede haber alucinaciones y convulsiones. El tipo más grave, es el delirium tremens, incluye además fiebre, delirio, hiperactividad intensa y taquicardia, que pueden culminar en la muerte.

OTROS:

Antihistamínicos

Los antihistamínicos tienen la propiedad de disminuir o anular la principal acción de la histamina en el organismo. Al actuar sobre las células efectoras, bloquean las respuestas de las mismas a la histamina. Entre los efectos de la histamina que se bloquean, esta la contracción del músculo liso y la dilatación de capilares, incrementando su permeabilidad. La difeniramina es el ejemplo de este grupo.

Anticolinérgicos

Con el nombre de drogas anticolinérgicas se conoce a todas aquellas sustancias que al actuar sobre las células efectoras inhiben sus respuestas a la estimulación causada por las fibras colinérgicas posganglionares y por la acetilcolina. Los anticolinérgicos se dividen en : alcaloides naturales y anticolinérgicos sintéticos.

Antiparkinsonianos

Se conoce como drogas antiparkinsonianas a todas aquellas que actuando al nivel del sistema motor atenúan los trastornos producidos por el Síndrome de Parkinson.

Estas sustancias poseen acciones estimulantes, depresoras o ambos efectos sobre el Sistema Nervioso Central.

Debido a que los opioides son el objeto de esta investigación, se ahondará en ellos.

1.4 OPIOIDES

1.4.1 ANTECEDENTES

El origen de los estupefacientes es el opio, sustancia sólida, de color oscuro que se extrae de un tipo especial de amapola; la cual es originaria del sur de Europa y de Asia occidental, actualmente se cultiva en todo el mundo. Para obtener el opio, es necesario hacer incisiones en las vainas de la amapola y extraer el jugo lechoso, del que se produce el opio crudo.

La costumbre de fumar opio fue anterior al descubrimiento de América puesto que fue Colón quien describió por primera vez el tipo de consumo que desarrollaban los indígenas. En el Siglo XVIII en la

India se prohibió la ingestión de alcohol, lo cual contribuyó a propagar el uso del opio.

La utilización se fomentó por las compañías europeas en especial la "East India" que monopolizaba la comercialización del mismo. La popularidad que adquirió el opio en las regiones cercanas al mar de China ocasionó las guerras del opio al comienzo del siglo XIX. Durante la guerra civil de E. U. los soldados se volvieron dependientes al opio como consecuencia de su uso médico para aliviar el dolor.

En cuanto a la morfina, fue aislada como principio activo del opio por primera vez por Friederick Serturener en 1806. El nombre del alcaloide proviene del dios griego del sueño morfeo y se relaciona con la propiedad de provocarlo que tiene esta sustancia.

La compañía Bayer, de Alemania, comenzó a elaborar mas tarde la heroína que fue producida a partir de la morfina por primera vez en 1898. El consumo de la morfina se incrementó debido a sus numerosas aplicaciones a la medicina, de manera que se calculó que uno de cada 450 estadounidenses tenía cierto grado de adicción a esta sustancia a mediados y finales del siglo XIX.

En 1914 se aprobó en E. U. la ley de Harrison acerca del control de los estupefacientes en la que se limitaba el suministro legal de los opioides. Con ello el uso del opio y sus derivados quedaba en la esfera de los actos ilegales, lo que provocó una modificación en la composición de los adictos y en las actividades que los mismos desarrollaban, quedando ligados cada vez más a las actividades delictivas.

1.4.2 METODOS DE ADMINISTRACION

El opio crudo tiene un sabor amargo y contiene más de veinte diferentes sustancias entre las que destaca la morfina, esta cuando es extraída del opio, es un polvo blanco soluble, que puede mezclarse con agua e inyectarse.

La heroína puede administrarse en forma oral, por inhalación o inyectada subcutánea o directamente en las venas. El adicto aunque consciente de los problemas que acarrea la administración intravenosa repetida, se inyecta cuando siente la necesidad de hacerlo. El heroínmano crónico puede llegar a encontrar que todos los lugares de aplicación ya están dañados por la inyección repetida, por lo que se ve en la necesidad de aplicarse la dosis en otras partes del cuerpo, tales, como : entre los dedos de los pies y manos, bajo la lengua, etc.

Los adictos a la heroína colocan el polvo en una cuchara o en una tapa o corcholata, allí agregan agua para disolver el polvo y calientan la mezcla. Muchos farmacodependientes colocan en la cuchara un poco de algodón, para que sirva de filtro a través del cual el líquido es absorbido por un gotero. Por lo general, guardan el algodón, y en caso de que no puedan obtener la droga, juntan sus pedazos de algodón y los hierven, extrayendo un residuo de heroína cuya aplicación puede bastar para que no sientan los síntomas del síndrome de abstinencia.

Otros opioides.

Codeína : los efectos de la codeína se perciben cuando es administrada oralmente en caso de que su administración es hipodérmica, los efectos de la morfina son mas fuertes.

La principal utilización que se le da terapéuticamente es incluida en jarabes para contrarrestar la tos o en preparaciones para la tos. Su administración debe ser bajo control médico, ya que si el paciente consume en dosis altas y continuas puede llegar a provocar alucinaciones visuales y auditivas.

Propoxifeno : es un analgésico de menor efecto que la codeína, pero mucho más fuerte que la aspirina. Provoca menos riesgos de adicción que la codeína; ha sido utilizado para mitigar síntomas que provoca la abstinencia a la morfina en los adictos y se ha percibido que reduce tales síntomas y que, en altas dosis, puede provocar efectos placenteros en los usuarios, sin que estas sensaciones sean similares a las originadas por la morfina.

Al ser inyectado produce irritación y ardor en el lugar de la aplicación, por lo que en general no se administra por esta vía ni es común que sea causa de adicción.

Metadona : su estructura química es diferente a la morfina, a pesar de que sus propiedades farmacológicas son semejantes a las de este derivado del opio.

En sus primeras administraciones la metadona tiene menores efectos hipnóticos que la morfina, cuando se administra en repetidas dosis tiene efectos sedantes y al igual que la morfina produce depresión respiratoria, relajación muscular, aumento de la temperatura, la presencia de azúcar en la sangre y la liberación de la hormona

antidiurética; se contraen las pupilas y, aunque la morfina produce estreñimiento, este efecto es de menor intensidad.

El síndrome de abstinencia demora más en presentarse y es menos fuerte, pero más prolongado que el de la morfina. Los síntomas aparecen entre las ocho y las 24 horas después de haberse administrado la última dosis y alcanza su intensidad después de seis días.

En caso de una sobredosis, puede sobrevenir la muerte debido a la disminución de la ventilación pulmonar y a la depresión respiratoria. La metadona se utiliza en los programas de mantenimiento de los consumidores de estupefacientes y en los de desintoxicación. Las ventajas como herramienta terapéutica son: 1. puede ser tomada oralmente; 2. su acción es prolongada; 3. sustituye parcialmente los efectos de la heroína; 4. no presenta efectos eufóricos después de que se desarrolla la tolerancia.

LAAM : posee muchas características similares a las de la metadona, tanto en su composición como en su acción. Durante su administración puede impedirse el desarrollo del síndrome de abstinencia por período de más de 72 horas; lo que lo convierte en un gran sustituto en relación con la metadona.

Se ha observado que los pacientes a quienes se les administra, abandonan el tratamiento con más frecuencia en comparación a aquellos a los que se les proporcionó metadona.

Entre los efectos adversos figuran síntomas psíquicos tales como episodios de ansiedad, pesadillas y sueños aterrizantes, que en general aparecen al iniciarse el tratamiento y que pueden controlarse reduciendo la dosis.

1.4.3 ANTAGONISTAS DE LOS OPIOIDES

Los antagonistas son sustancias que anulan o disminuyen la acción de otras sustancias. En 1915 el investigador Pohe descubrió que la nalcodéna abolía la depresión respiratoria que produce la heroína y la morfina. Veintiocho años después otros investigadores observaron que la nalorfina era muy potente como antagonizante de la morfina.

En 1951, Eckenhoff y sus colaboradores ampliaron el conocimiento del uso de ésta sustancia contra la intoxicación aguda de la morfina en el ser humano. Pero poco tiempo después se demostró que la nalorfina también tenía efectos analgésicos en pacientes con dolor postoperatorio y que tenía un bajo potencial de adicción. Posteriormente, se sintetizó la naloxona que actualmente continúa usándose como antagonista puro y no se han descubierto efectos adictivos. "Todos los antagonistas tienen tres utilidades clínicas básicas :

1. en el tratamiento de la dependencia;
2. para el diagnóstico de la dependencia ;
- y, 3. como antídoto en la intoxicación analgésica producida por estupefacientes.

Las características por las que se administran son :

- 1 Previenen, aunque en forma variable, la euforia inducida por los estupefacientes

- 2 Provocan mínimos efectos farmacológicos al ser administrados

- 3 No producen efectos tóxicos

- 4 No producen dependencia física

- 5 Son de fácil administración

6 Algunos tienen acción prolongada". (8)

Los antagonistas desplazan a los opioides de su sitio de adicción, anulando así los efectos; eliminan los resultados de depresión de los opioides, mientras que no ejercen una influencia regular sobre los efectos de excitación. Al interrumpirse la administración de algunos antagonistas como la nalorfina sobreviene el síndrome de abstinencia de menor intensidad y diferente al producido por la morfina y que puede comprender lagrimeo, escalofríos, irritación de las mucosas de la nariz y diarrea. Entre los signos que se presentan en ambos síndromes se encuentra la pérdida de peso y de apetito.

1.4.4 ENFOQUES TEORICOS ACERCA DEL CONSUMO DE OPIOIDES

Teoría acerca de factores fisiológicos del consumidor. Dentro de este grupo de teorías se destacan aquellas que enfatizan la existencia de una deficiencia metabólica. Este grupo se desarrolló en el momento en que el consumo de heroína se encontraba en aumento en el mundo occidental y cuando los abordajes terapéuticos que tradicionalmente se proponían (psiquiátricos o psicosociales) no obtenían los resultados esperados. Al observarse que los programas de mantenimiento con metadona reducían los índices de criminalidad, el comportamiento antisocial y de la utilización de otras sustancias entre los pacientes e incrementaban la permanencia de estos en el tratamiento se buscó dotar a este modelo terapéutico de una fundamentación teórica la cual serviría de sustento a los programas en que el mantenimiento se hacía con morfina.

Teorías acerca de factores sociales. Esta proviene de conceptos sociológicos; "entre ellos destaca el cuerpo teórico de Lindesmith quien describe el proceso de acción compuesto por tres etapas :

- a) reconocimiento de dependencia a la droga
- b) reestructuración del concepto de sí mismo que incluye tal reconocimiento
- c) preocupación por la droga y asimilación a la subcultura de la adicción".(9)

Para lograr el reconocimiento de la primera etapa, el farmacodependiente debe haber padecido el síndrome de abstinencia. La disponibilidad de la droga es importante cuando el consumidor comienza a experimentar este síndrome. Una vez que el adicto ha percibido que puede evitarlo inyectándose el estupefaciente, reconoce que la droga lo apoya de manera que puede sentirse una vez más normal cuando la consume.

El grupo de teorías sociológicas se ha referido a la desviación social en donde las normas impuestas por la sociedad expresan niveles de adecuación que son considerados como apropiados para el comportamiento de sus miembros. El consumo de drogas formaría parte de un comportamiento desviado puesto que representa una oposición a las normas por parte del consumidor ya sea porque desea reducir el miedo, la ansiedad o por el contrario, alcanzar euforia.

Otra posibilidad sería que el usuario proveniente de estratos socioeconómicos bajos sintiera que nunca podrá obtener las oportunidades que la sociedad asigna a otros grupos sociales; esta incompatibilidad entre las altas aspiraciones inducidas por la sociedad

y los obstáculos que la misma sociedad impone hace que el usuario se sienta impulsado a asumir un comportamiento desviado.

Una objeción importante que puede hacerse en relación a esta teoría es que explica únicamente el consumo de estupefacientes por parte de los miembros de la sociedad de menores recursos, y no tiene en cuenta que en algunas sociedades o en otros tiempos el consumo de heroína y morfina se presentaba principalmente en las clases medias y altas. Esta modificación, en cuanto al grupo socioeconómico de los usuarios se debió probablemente a la introducción de sanciones legales, según las cuales el farmacodependiente se veía obligado a entrar en contacto con delincuentes cuando intentaba obtener la droga.

Teorías acerca de factores psíquicos. Sigmund Freud afirmó que los estupefacientes, tales como la morfina, sirven de sustituto para lograr la satisfacción sexual. Esto supone que sólo si se puede reestablecer el funcionamiento sexual normal será posible evitar las recaídas en el consumo, luego de un período de abstinencia.

Rado, percibió a los diferentes farmacodependientes como una misma enfermedad, basada en la capacidad de algunas drogas de afectar las emociones de un individuo en situaciones de dolor, angustia o tensión. El adicto sería entonces una persona muy tensa, con baja resistencia al dolor y la frustración y muy receptible al efecto de los opioide por su necesidad de aliviar la tensión, de incrementar su autoestima y elevar su estado de ánimo.

El comportamiento relacionado con el uso de drogas es autodestructivo ya que las obligaciones a nivel social, familiar,

financiero y académico son dejadas de lado. Pero como el farmacodependiente cree que es invulnerable, se mantiene en el consumo hasta que en un determinado momento la droga deja de producir el efecto gratificante que acostumbraba y sobreviene la tolerancia.

Otros teóricos de este mismo grupo, de enfoques sobre elementos psíquicos, han agregado algunas características, sobre todo en relación a la familia, destacando que las madres de los adictos, en su mayoría son sobreprotectoras ejercen un control o son muy indulgentes con el farmacodependiente, mientras que la figura paterna no es fuerte, o se encuentra ausente física o afectivamente. Así, los farmacodependientes utilizan la droga debido a que no desarrollan mecanismos de defensa y adaptación para enfrentarse a la tensión y los sustituyen mediante el uso de heroína la cual ejerce influencia en el estado de ánimo y hace que el adicto se sienta adaptado aún cuando contraste con la realidad. (10)

Teorías acerca de factores familiares. A raíz del desarrollo de la psicoterapia familiar aplicado a farmacodependientes se desarrollaron algunos modelos teóricos que pretendieron puntualizar la relevancia de la estructuración de la familia, no sólo como desencadenante de la farmacodependencia de uno de sus miembros, sino como elemento de mantenimiento de la situación.

Las definiciones de la familia del adicto provinieron de análisis basados en la teoría de sistemas; según ésta, la familia boicotea el deseo de cambio que expresa el farmacodependiente que busca tratamiento para suspender el consumo de la droga, ya que esto

equivale a una ruptura del equilibrio del sistema familiar, debido a que la utilización de la droga forma parte de los mecanismos aceptados por la familia, o tiene un significado adicional para otros miembros del grupo. "Entre esos significados la dependencia de la droga puede representar :

a) un símbolo de la dependencia del hogar, que le provee de fondos para adquirir la sustancia y sustento, boicoteando inconscientemente a los padres los intentos de independencia percibidos en el tratamiento por parte del paciente.

b) un encubrimiento de conflictos familiares, al centrarse en la farmacodependencia como si fuera el único problema de la familia, sin tener que enfrentar los demás.

c) una sensación de relación intensa con la pareja, evitando comunicarse o diluyendo las fricciones.

d) un "chivo expiatorio" que desempeña el papel de todos los males evitando confrontaciones entre los miembros". (11)

De acuerdo a esta teoría la familia puede orillar a la farmacodependencia a uno de los miembros más propensos cuando no le otorga la seguridad y el afecto que necesita, contribuyendo de este modo a que busque él mismo el apoyo que no encuentre en su entorno, o llamar la atención del mismo, a través del consumo de drogas.

En la familia pueden presentarse como elementos de desencadenamiento los patrones inadecuados de consumo de sustancias por parte de los padres, y que estos transmiten a sus hijos.

Teorías integrativas. Las teorías psicosociales indican que tanto los factores internos propios del individuo como los externos o ambientales pueden ser causas de precipitación o predisposición al consumo de drogas. Como factor externo de importancia se señala la disponibilidad de la sustancia. Los factores externos que intervienen son los socioculturales, entre los que destacan :

1. la relación del individuo con su grupo social,
2. la necesidad del individuo de pertenecer a un grupo por el que se sienta aceptado,
3. el grado de conformidad con las normas sociales,
4. el deseo de olvidar las falsas expectativas promovidas por la sociedad que generan frustraciones entre los que no pueden alcanzarlas,
5. los conflictos y crisis de valores de los inmigrantes de zonas rurales a urbanas, que se ven obligados a abandonar sus patrones de vida tradicionales, pero que aún no asumen los del nuevo medio como propios,
6. la búsqueda del placer inmediato y la baja resistencia al dolor físico o la frustración,
7. la carencia de redes de apoyo comunitario que permitan al individuo sentirse parte de un grupo que se interesa por él,
8. la carencia de alternativas que permitan al individuo canalizar sus deseos de experimentación hacia actividades benéficas para sí mismo o para su comunidad, o que le impiden expresar sus inquietudes y sus necesidades individuales.

Estas teorías integrativas, como se observa, analizan el problema en forma multifactorial, no a través de considerar componentes aislados.

En la realidad no es posible separar algunos aspectos del entorno psicosocial o incluso económico, por lo tanto, se considera que sólo mediante el enfoque integral se podrá tener una visión crítica acerca del problema del abuso de fármacos.

1.4.5 FARMACOLOGIA DE LOS OPIOIDES

La morfina inyectada en forma intravenosa se distribuye y se concentra en los tejidos del riñón, pulmón, hígado y vaso. El 90 % de la excreción total de la morfina se realiza por vía urinaria y ocurre en las primeras 24 horas aproximadamente, del 7 al 10 % de la dosis administrada aparece en las heces y proviene de la bilis. En la descripción de los compuestos opioides se destacaron otras características.

Tolerancia y dependencia

En el consumo de la heroína el farmacodependiente debe incrementar la dosis que se administra con el objeto de que se produzcan los mismos efectos psicofarmacológicos. La tolerancia puede desarrollarse en los diversos efectos de la heroína, presentándose la euforia y la analgesia, para luego aparecer en diferentes órganos.

Los criterios de dependencia a opioides son:

- 1. Uso no médico de opioides**
- 2. Autoadministración**

3. Necesidad psicológica del uso de opioides
4. Presentación del síndrome de abstinencia después de la administración de opioides
5. Conducta de búsqueda de los opioides con el fin de evitar el cuadro de abstinencia.

La dependencia física a la heroína es evidente al aparecer el síndrome de abstinencia, el cual se caracteriza por síntomas tales como: ansiedad, inquietud, irritabilidad, lagrimeo, dolores musculares, insomnio, transpiración, dilatación de pupilas, escalofríos, abochornamientos, náusea, vómito, diarrea, fiebre, aumento de las pulsaciones y de la presión sanguínea y calambres abdominales. Todos estos síntomas son acompañados por deshidratación y pérdida de peso.

La gravedad del síndrome de abstinencia obedece al grado de dependencia alcanzado por el paciente. El síndrome finaliza a las 96 horas en compuestos de acción prolongada tales como la morfina, se ha observado que los síntomas más fuertes se presentan entre las 24 y 48 horas y se requiere que pasen de 7 a 10 días para que desaparezcan.

Con el fin de evitar que aparezca el síndrome de abstinencia, puede proporcionarse heroína o sustituirla mediante la administración de otros opioides.

Los heroínómanos padecen en mayor proporción que la población general, enfermedades de tipo infeccioso, tales como malaria, tétanos, hepatitis o bien el SIDA. En gran parte porque la administración

crónica de opioides altera los mecanismos inmunes de los individuos, predisponiendo a tales infecciones. También se atribuye el contagio por utilizar los mismos instrumentos (jeringas), y en el caso del tétano, la adulteración con quinina, la cual proporciona un medio adecuado para el desarrollo de los microorganismos en los abscesos que se producen en el sitio de la inyección.

Con el objeto de obtener del personal médico la dosis de estupefacientes que su organismo requiere, los adictos a estas drogas fingen padecer trastornos que provocan dolores muy fuertes para cuyo tratamiento se recomienda la prescripción de opioides.

En el funcionamiento sexual, generalmente se producen trastornos en el consumidor crónico de heroína, reportándose en algunas investigaciones hasta un 50 % de casos de impotencia entre la población estudiada.(12) También desciende entre los adictos la frecuencia con que realizan el acto sexual, la masturbación y la eyaculación nocturna, así como la proporción de orgasmos reportándose por lo general un menor nivel de deseo sexual. Todas estas modificaciones desaparecen cuando el sujeto ya no depende de la droga, salvo en algunos que fueron mantenidos con metadona.

Dependencia neonatal.

Los niños que nacen de mujeres dependientes a la heroína, presentan un conjunto de problemas médicos. No sólo se hallan en un riesgo mayor de mortalidad y de contraer enfermedades, debido a la poca atención que reciben después de la gestación, sino que también demuestran síntomas del síndrome de abstinencia, dado que han

desarrollado las mismas necesidades que su madre en cuanto a la administración periódica de estupefacientes.

Algunos síntomas se perciben de dos a cuatro semanas después del nacimiento a pesar de que la mayoría se presentan en las 24 horas siguientes al alumbramiento. Los síntomas abarcan temblores, hiperirritabilidad, vómito, problemas respiratorios, fiebre, llanto agudo, poca ingestión de alimentos, contracción muscular, congestión nasal, estornudos, lagrimeo y sudoración. También pueden presentarse anomalías en el sueño y peso inferior a lo normal.

En cuanto a los heroínómanas que se encuentran en mantenimiento con metadona, sus bebés presentan hiperactividad, irritabilidad y cólicos durante los tres primeros meses. El incremento en la tasa de mortalidad de estos niños, en comparación con los nacidos de madres no adictas, puede deberse a que las heroínómanas con frecuencia no buscan atención médica durante su embarazo, se encuentran por lo general mal alimentadas y presentan una mayor incidencia de enfermedades venéreas. Por otro lado, la exposición prenatal a opiodes es posible que induzca trastornos conductuales, a lo largo del desarrollo del niño como es el caso del autismo.

1.4.6 PATRONES DE ABUSO

Hay tres diferentes patrones de abuso a los opiodes :

1. Abuso primario. Presentado por personas inmaduras que no han desarrollado los niveles de motivación de los adultos normales y que

requieren de una gratificación inmediata, como la que les proporciona la droga.

En general, provienen de un hogar en donde se dio un tipo de relación entre los padres y el hijo que pudo ser :

- a) padres sobreprotectores, que niegan al hijo la oportunidad de ser independiente,
- b) padres que nunca exigen que su hijo actúe responsablemente, por lo que este se considera un ser privilegiado que no requiere obedecer las sanciones sociales; y
- c) padres excesivamente dominantes que imponen metas poco realistas al hijo, llevándolo así a la rebeldía cuando éste se da cuenta de que no puede alcanzar los niveles que le plantearon.

A este grupo pertenecen farmacodependientes ansiosos y deprimidos, que tienen aspiraciones muy altas pero un nivel bajo de autoestima.

2. Abuso sintomático. Es un síntoma de una personalidad agresiva y antisocial. Estos individuos tienen antecedentes de delincuencia y usan opioides para sobrellevar las tendencias antisociales.

3. Abuso reactivo. Es un fenómeno transitorio dentro del proceso de desarrollo que sobreviene a individuos esencialmente normales y que expresa la rebeldía o el reto, sobre todo en la adolescencia. Esta situación se va modificando cuando el joven madura y comienza a asumir responsabilidades.

Características personales y sociales de los consumidores crónicos de heroína.

El consumidor crónico de heroína ha sido descrito como un individuo que proviene de una familia con problemas en sus relaciones, padres ausentes y hogares desorganizados y desintegrados, de nivel socioeconómico bajo, con un nivel de educación reducido y que tiene problemas para obtener y mantener un trabajo.(13)

El perfil individual y social del consumidor crónico de heroína no está completamente definido. Pueden realizarse algunas generalidades, como el que los heroínómanos en su mayoría han tenido un medio familiar pobre en sus años de formación, debido a que los padres han pasado por serios problemas psiquiátricos, físicos o de relaciones interpersonales.

La vida familiar con frecuencia ha sido inestable debido a la ausencia de uno de los padres, o a otros motivos.

Con más frecuencia que en otros grupos el consumo de heroína se presentan en los estratos socioeconómicos más bajos, pero existen evidencias de que el nivel de inteligencia y antecedentes educativos de los consumidores son más altos que los del promedio de su grupo social.

Características e influencia de la familia.

Los consumidores crónicos de heroína han tenido una infancia desdichada, y la mayoría de las madres han tenido una ocupación fuera del hogar, estando así menos controlados en la adolescencia, teniendo menos posibilidad de llevar amigos a la casa y sintiendo así menor interés por parte de sus padres en cuanto a calificaciones escolares. En su mayoría los farmacodependientes han sentido el

rechazo y la falta de atención de sus padres. Dentro de la familia del farmacodependiente, es fácil detectar los problemas de alcoholismo, enfermedades físicas o psíquicas, abandono del hogar y colocación en diferentes hogares adoptivos, muerte de los padres y otros problemas más.

La ausencia del padre, con frecuencia, es provocada por la muerte, pero en ocasiones se trata de abandono físico o afectivo.

Como se inicia el consumo de heroína.

Las motivaciones básicas hacia el inicio del consumo a heroína son :

1. Baja autoestima generada por problemas durante la infancia, falta de modelos para lograr el funcionamiento adecuado en la sociedad, falta de educación, hábitos laborales poco eficaces y en general, incapacidad para desenvolverse socialmente.
2. Fantasías acerca de que los opioides podrán solucionar sus problemas de aislamiento social o de la falta de educación sexual.
3. La unión al consumo de opioides, por parte del grupo de compañeros.
4. Ignorancia de los efectos de los opioides.
5. Deseos de experimentar efectos de placer mediante el consumo de la droga.
6. Búsqueda de reducción de la ansiedad de estados de ánimo poco placenteros.
7. Propósito de reducir el dolor, en el caso de que los opioides se administren para proporcionar analgesias.

Desarrollo del consumo de heroína.

Las personas que se han convertido en consumidores crónicos de heroína, por lo general han experimentado el tabaco y alcohol antes de iniciar tal abuso, así como también han probado la marihuana y una gran variedad de otras sustancias, tales como inhalantes, alucinógenos y otros estimulantes.

Una vez que los adictos se han reconocido como farmacodependientes de la heroína por lo general perciben con gran sensibilidad el impacto que ha producido en su vida y en su condición física, este consumo.

Algunas investigaciones señalan que en los individuos con grandes problemas emocionales por falta de una estructuración en su vida, el hecho de que la heroína pase a formar una parte central de la misma, de alguna manera les ayuda a mantener un cierto grado de equilibrio.(14)

En cuanto al período de tiempo que transcurre entre la primera experimentación con heroína y la adquisición de dependencia, en promedio se ha observado un lapso entre los 5 y los 7 meses. Se considera que el primer año de consumo es crucial para el desarrollo de la dependencia así como para que el consumidor ejerza influencia sobre otros para iniciarse en este consumo.

Puede considerarse que el adicto a la heroína pasa por cuatro fases en su proceso de dependencia :

1) Aceptación de la adicción : Esta comienza en la etapa de experimentación que se ve facilitada por la disponibilidad de la droga y

en la que va aprendiendo las actitudes y habilidades necesarias para proveerse de la sustancia que comienza a requerir.

Todo ello contribuye a que se produzca un proceso de socialización en el cual el consumidor acepta en un grado cada vez mayor irse involucrando en actividades o con personas relacionadas con la delincuencia, y alejándose de las normas sociales que controlan el consumo de las drogas.

2) Adaptabilidad cultural a la adicción : El individuo se incorpora a la subcultura de consumo de drogas aceptando sus valores y utilizando sus mecanismos, por lo que puede afirmarse que ha desarrollado la tolerancia a un estilo de vida que es rechazado y reprimido por la generalidad de la sociedad.

Los intentos de abandonar este consumo regular se realizan en el caso de que el farmacodependiente no desee ya formar parte de la subcultura.

3) Rechazo a una potencial abstinencia : Comprende los intentos de abandonar el consumo de drogas y el sistema de acción en el que se encuentra.

4) Rehabilitación: El ex-farmacodependiente se encuentra emocional y socialmente ya preparado para ingresar a un nuevo sistema de vida. Sería el producto de un programa o un tratamiento con éxito pero cuando las expectativas que se ha formulado no se cumplen puede percibir que se mantiene como un individuo diferente de los no consumidores, y que si se vuelve a encontrar con alguno de los miembros de la subcultura de consumo de drogas, es posible que analice nuevamente el significado de una nueva vida alejada de la

utilización de drogas que para él es negativo y que reinicie el uso de heroína.

1.4.7 PROBLEMAS PSIQUICOS CARACTERISTICOS DE LOS USUARIOS DE OPIOIDES

Las investigaciones acerca de las características de la personalidad del adicto a sustancias derivadas del opio coinciden en señalar que entre ellos predominan los individuos con algún tipo de psicopatologías; tales como neurosis, psicosis, sociopatía y rasgos inadecuados de personalidad.

El rasgo común que presentan los consumidores crónicos de heroína es la presencia de sentimientos de inadecuación con respecto a sí mismo, incapacidad de posponer la obtención de gratificaciones y bajo nivel de tolerancia a la frustración de respeto por sí mismo o de autoestima.

Neurosis

Es un trastorno mental que provoca una desorganización parcial de la personalidad y se caracteriza por la presencia de ansiedad, compulsiones, obsesiones, fobias y, en ocasiones, manifestaciones motrices o en los sentidos, tales como tics. Entre los consumidores crónicos de opioides se presenta en síntomas de ansiedad y depresión.

Psicosis

Es un trastorno mental, en el cual la personalidad se encuentra sumamente desorganizada, se presenta en una mayor proporción de

consumidores crónicos de heroína que la neurosis. Las características de los psicóticos reflejan una pronunciada tendencia antisocial a la que se añaden procesos de pensamiento irracional y trastornos semejantes a los de los pacientes esquizofrénicos.

Trastornos de la personalidad

Los individuos a los que se diagnostican estos trastornos demuestran ser pasivos, dependientes e incapaces de posponer la obtención de una gratificación. El consumo de opioides les permite evitar las demandas del medio y les provoca placer inmediato ilusorio de autoconfianza. También resulta común que los heroínómanos presenten una débil conciencia de sí mismos, no son agresivos ni impulsivos y no tienen profundas relaciones interpersonales.

Bajo condiciones de frustración el heroínómano tiende a retirarse en sí mismo y el concepto que posee de su propia persona con frecuencia resulta inadecuado y confuso, predominando las sensaciones de impotencia.

Al consumir la droga sienten que se reduce la ansiedad y que se incrementa la autoestima y la competencia, con fantasías de omnipotencia. Los jóvenes que consumen opioides intentan evitar situaciones que los llevan a adquirir capacidades propias de su edad y que, cuando no pueden permanecer pasivos, porque su medio les exige que asuman responsabilidades, comienzan a consumir las drogas.

El espacio vital de los farmacodependientes no es motivante, y además, ellos mismos restringen sus posibilidades de desarrollo, quizás como una defensa contra la desilusión y la frustración.

Psicopatía y sociopatía

La sociopatía supone una forma antisocial de comportarse, según la cual no se respetan las normas sociales. Sin embargo, no puede asociarse mecánicamente la farmacodependencia con una personalidad sociópata, dado que con casi la misma frecuencia aparecen otros trastornos del carácter, neurosis y psicosis.

Otras características de la personalidad

El rasgo que más se ha destacado en relación a la personalidad del consumidor crónico de heroína a sido el bajo nivel de autoestima, el cual en ocasiones ha sido descrito como un factor que interviene en la motivación hacia el consumo, considerado este por el usuario como un medio de alcanzar un mayor respeto de sí mismo. Otras características de estos farmacodependientes son la depresión, la ansiedad o la hostilidad, que emergen como resultado o como mecanismos de defensa ante su baja autoestima.

Necesidades

En relación a la manera en que perciben sus necesidades, los adictos a los opiodes tienen diferencias notables con el resto de la población. No son capaces de reaccionar en forma adecuada a la frustración situación que solucionan mediante la gratificación casi inmediata que reciben a través del consumo. Buscan protección y seguridad en la relación con su grupo de compañeros en lugar de comprensión y reconocimiento como la mayoría de los no consumidores.

Con respecto a las relaciones interpersonales, los adictos tienden a encontrar menos satisfacción en ellas y a serles más difícil mantenerlas, debido a que se sienten frustrados por no encontrar en tales relaciones lo que buscan o por tener que dominar sus impulsos agresivos e impulsivos.

1.4.8 UTILIZACION DE ANTAGONISTAS EN EL TRATAMIENTO DEL CONSUMIDOR CRONICO DE HEROINA.

La fundamentación de empleo de antagonistas opiodes en el tratamiento del consumo de heroína o morfina, es que se pretende impedir que el consumidor desarrolle tolerancia y dependencia física a estas drogas y éste control ejercido sobre los efectos farmacológicos contribuye a que se refuerce la posibilidad de mantener la abstinencia al consumo.

Al ocupar el antagonista los receptores de los opioides, es posible que el consumidor no percibirá los efectos subjetivos de la heroína y no se desarrollará dependencia física; también se evitará el síndrome de abstinencia en consecuencia.

Los antagonistas son utilizados como apoyo básico del tratamiento o durante el período de desintoxicación en aquellos pacientes que han sido mantenidos con metadona durante un cierto tiempo. Se recomienda que el usuario al que se aplicó este tipo de tratamiento sea aislado en un medio en el que no tenga acceso a ninguna droga durante 7 a 14 días, contados a partir de la suspensión del consumo de heroína y que se les administren también sus otros apoyos

terapéuticos, ya sea psicoterapia individual, familiar o grupal. Por último, los antagonistas no deben ser administrados cuando el adicto esta consumiendo opioides porque se desencadena un síndrome de abstinencia severo.

Características de los pacientes en tratamiento.

Los farmacodependientes que ingresan a programas de mantenimiento con metadona son, en promedio, de mayor edad, se sienten más insatisfechos en relación con el estilo de vida que llevan, han estado involucrados durante más tiempo con grupos de consumidores habituales y tienen una mayor proporción de responsabilidades.

Las características personales de los pacientes son las que fijan la modalidad del tratamiento que les será más adecuado.

Uno de los motivos por lo que existe una alta deserción en los programas de tratamiento es porque justamente olvidan lo heterogénea que es la población a la que deben atender y ofrecen una atención homogénea, sin que, por otra parte su personal este consciente de las complejidades de la farmacodependencia.

Tasas de recaída en el consumo de heroína después del tratamiento.

Las tasas de reinicio en el consumo de heroína, luego de haberla suspendido durante el tratamiento, son muy altas. En diversos estudios de seguimiento realizados en E.U., entre 6 meses y 15 años después de haber sido dados de alta, se percibió que sólo entre el 6 al

29 % mantenían su abstinencia, registrándose los resultados más pobres a los 6 meses de salir del tratamiento. Otros estudios efectuados durante períodos de observación más prolongados detectaron que los pacientes dados de alta, en el 60 % de los casos, se mantenían en un ciclo que incluía períodos durante los cuales se abstenían de consumir drogas, otros en los que consumían drogas no opioides y otros en los que consumían opioides.(15)

La tasa de recaída se halla íntimamente relacionada con el desarrollo de todo el comportamiento de dependencia por parte del farmacodependiente, puesto que cuando el tratamiento se lleva a cabo en el primer año contado a partir del inicio en el consumo de drogas, entre estos pacientes que no han llegado a estar tan comprometidos dentro de la subcultura de la droga se reportan porcentajes de abstinencia del 100 % mientras que entre aquellos que llevan más de 4 años de ser dependientes la tasa es muy inferior.(16)

Parecería que el reinicio en el consumo no se relaciona con el método de tratamiento seguido sino más bien con otros factores como los ya mencionados, a los que deben agregarse la imposibilidad en obtener empleo y mantenerlo así como la involucración en actividades delictivas.

REFERENCIAS

- (1) MEXICO, SSA, Las drogas y sus usuarios, p.15
- (2) Ibid. , p.15
- (3) MEXICO, SSA, Fármacos de abuso, p.79
- (4) MEXICO, SSA, Las drogas y sus usuarios, p.15
- (5) MEXICO, SSA, Fármacos de abuso, p.80
- (6) MEXICO, SSA, Las drogas y sus usuarios, p.16
- (7) Ibid., p.16
- (8) GARCIA LIÑAN, Carmen, Opiaceos, p.19
- (9) Ibid., p.28
- (10) Ibid., p. 31
- (11) Ibid., p.31
- (12) Ibid., p. 55
- (13) Ibid., p. 60
- (14) Ibid., p. 73
- (15) Ibid., p. 100
- (16) Ibid., p. 100

CAPITULO 2

LA SITUACION DE LA FARMACODEPENDENCIA EN EL MEXICO ACTUAL

2.1 MEXICO Y LA FARMACODEPENDENCIA

Las tendencias de la farmacodependencia y el narcotráfico son motivo de alarma a nivel mundial.

Los grandes márgenes de utilidad del negocio de las drogas y la negativa evolución de algunos valores tradicionales en las sociedades, producen condiciones propicias para el desarrollo de adicciones y delitos conexos.

El consumo de drogas y el narcotráfico han demostrado su gran capacidad de adaptación para eludir los controles que la sociedad les establece, ajustando con extraordinaria velocidad sus mercados, formas de operar e incluso, los patrones de consumo.

La evolución en las tendencias de consumo y producción de drogas ilícitas a nivel internacional muestra, además de la natural interdependencia de estos factores el incremento permanente de la oferta, independientemente de la reducción de la demanda en algunos países industrializados. Se buscan nuevos mercados para el producto, busca por lo que se utilizan todos los medios al alcance, transformando a países que tradicionalmente fueron considerados

como eminentemente productores en nuevos centros de consumo. Los problemas de salud que esto genera en países en vías de desarrollo es especialmente grave dada la fragilidad de los sistemas de salud disponibles.

Desde la perspectiva de México, esto trae consigo dos consideraciones de mayor importancia : por un lado, la necesidad de fortalecer la prevención del consumo de drogas en nuestro país, que de acuerdo a los patrones observados tenderá a incrementarse en los próximos años y, por otra parte, la universalidad del problema, que ha demostrado no permitir una atención aislada y unilateral, ya que una medida de control tomada en cualquier país puede tener consecuencias en el resto del mundo.(1)

Muestra de lo anterior, lo constituye el resultado de los sistemas de intercepción aérea en el hemisferio en los últimos cuatro años. Una efectiva campaña de control de rutas aéreas hacia los Estados Unidos por el mar Caribe obligó al narcotráfico a buscar rutas alternativas, a través del Pacífico y el territorio mexicano, antes de llegar a la frontera sur de aquel país. De manera similar, los positivos resultados del esfuerzo de México en materia de intercepción han propiciado la utilización de algunos países de Centroamérica como "puente" hacia los mercados de consumo.

2.2 SITUACION DE LA DEMANDA DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS

Actualmente en México el abuso de drogas plantea un reto enorme, ya que el riesgo de desarrollo endémico es cada vez mas evidente y amenazador. Paralelamente, las organizaciones delictivas del narcotráfico desarrollan estrategias y formas de operación utilizando toda la tecnología a su alcance para la comisión de ilícitos y para penetrar en más amplios sectores de la sociedad.

En 1988, el Sector Salud realizó la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA), que investigó el uso de narcóticos, sedantes, estimulantes, alucinógenos y marihuana.

La ENA, proporciona información sobre el problema de las adicciones obtenida a través de encuestas de hogares, que se puede extrapolar al total de la población estudiada con las reservas pertinentes, ya que no cubre a grupos de población en los que hay evidencia de que el consumo es mayor que el observado en la población que habita en viviendas regulares, como es el caso de la población recluída en centros penitenciarios, en centros de protección social para menores infractores, en centros de tratamiento y en población sin lugar fijo de residencia.

Según los datos obtenidos en la Encuesta, el 4.8% de la población urbana entre 12 y 65 años ha consumido una o más de las drogas investigadas, cuando menos una vez en su vida.

El 2.9% de la población, fue usuario activo en los 12 meses previos al estudio y el 0.9 % en el mes anterior.

La distribución por sexos, reportó que el 7.6 por ciento de los hombres y el 2 % de las mujeres habían consumido en alguna ocasión una o más drogas, lo cual muestra una relación de poco más tres hombres por cada mujer.

En lo que se refiere a la relación edad y sexo, por tipo de droga, la prevalencia total para el uso de la marihuana fue mayor para el grupo de jóvenes hombres de 12 a 34 años con un 6.8%, así como el grupo de inhalables con 1.9%. Las mujeres prefieren el uso fuera de prescripción de drogas médicas, tales como los tranquilizantes y los estimulantes o anfetaminas.

La droga que presentó mayor índice de consumo, en términos generales fue la marihuana (prevalencia total de 3%), seguida por los inhalables (0.76%) y tranquilizantes (0.72%). Para las otras drogas investigadas, se reportaron porcentajes bajos : estimulantes (0.65%), cocaína (0.33%), alucinógenos (0.26%), analgésicos narcóticos (0.14%), heroína y opio (0.11%), y sedantes (0.10%).

La prevalencia de mayor consumo de 6 o más veces por tipo de droga fue para la marihuana con 1.08%, seguida de tranquilizantes con 0.37% y anfetaminas con 0.36%. Las regiones del país en donde predominó el consumo fueron : para la marihuana, las regiones noroccidentales y la centro; en cuanto a inhalables y cocaína las regiones que destacan son la Ciudad de México y la noroccidental; y para la heroína las regiones nororiental y noroccidental. También los centros turísticos y las grandes concentraciones urbanas son zonas importantes de consumo.

Por lo que se refiere a las regiones donde los usuarios de drogas obtuvieron por primera vez el producto, los Estados Unidos y Canadá

fueron los lugares en que se registró el mayor porcentaje para la obtención de cocaína el (32.4 %), en la región nororiental del país es en donde principalmente se consigue la heroína y el opio. El Distrito Federal es el lugar donde la adquisición es más frecuente para tranquilizantes, anfetaminas, inhalables y marihuana. La región centro aunque representa un comportamiento similar al del D.F., presentó los mayores porcentajes para sedantes y alucinógenos.

El lugar de obtención de la droga varía, dependiendo de la sustancia de que se trata ya sea en la propia casa, en la de algún familiar o amigo, en las calles o en los parques, escuelas, lugares de recreación, etc. En el caso de la marihuana, el 32 % reportó haberla obtenido en la calle o parque y el 21 % en la escuela; para el caso de la cocaína el 48 % en la calle o parque, el 7.2 % lo obtuvo en bares, cantinas y discotecas, el 58 % obtuvo los tranquilizantes por primera vez en su casa, el 32 % de los usuarios de sedantes los obtuvieron en su trabajo.

Quién les proporcionó la droga por primera ocasión fueron amigos o conocidos, especialmente para el consumo de las siguientes drogas : en el caso de la marihuana 84 %; la cocaína 71 %; los estimulantes 50 % y los inhalables 46 %.

En relación a la obtención de analgésicos narcóticos, los médicos y farmacéuticos juegan un papel importante como primera fuente de obtención en un 42 %. Los distribuidores representaron un papel importante sólo en el caso de los alucinógenos, con un 10 %.

En México el consumo de drogas no presenta los elevados índices que tienen otros países, sin embargo, se registra una tendencia al

incremento, principalmente en el consumo con fines de intoxicación con disolventes industriales y cocaína.

Si bien es cierto que el uso de drogas afecta a todos los sectores de la población, se han identificado grupos de mayor riesgo como es el caso de los jóvenes estudiantes universitarios en relación a la marihuana y anfetamínicos, el de los menores que viven en las calles de las grandes ciudades del país y que usan con mayor frecuencia sustancias inhalables y el de los jóvenes mexicanos que después de haber pasado una temporada en los Estados Unidos de América regresen a sus lugares de origen con el hábito en el uso de heroína, cocaína o algunas otras sustancias, a lo que se agrega en algunos casos la infección por el virus del SIDA.

Es por ello, que como parte importante del Programa Nacional Contra las Drogas se establece un sistema de vigilancia epidemiológica en estas regiones y con estos grupos para conocer de manera oportuna la tendencia en el consumo de drogas, lo que permite aplicar las medidas preventivas o correctivas que se requieran en el momento.

El incremento en los últimos diez años del uso de solventes inhalables y cocaína, obligan a intensificar las acciones de control en la venta de los primeros y en el aseguramiento e intercepción, en el caso de la segunda. La estabilidad y disminución en el uso de la marihuana y los medicamentos psicotrópicos, pueden ser manifestaciones de la acción permanente que el gobierno de México realiza para erradicar el cultivo de ese estupefaciente y el control sanitario en el caso de los medicamentos, por lo cual el programa antes mencionado, intensifica las acciones en ambos sentidos.

Es cierto que las características del uso de drogas en México, repercuten en el número de delitos del orden común relacionados con el consumo, sobre todo de los delitos violentos, así como la incidencia de accidentes laborales asociados al uso de drogas, para lo cual es necesario considerar la disponibilidad de camas hospitalarias para la atención de éstas personas, tanto en los hospitales generales como los centros especializados.

Por otro lado, en 1989, la Dirección General de Educación Extraescolar de la SEP, en coordinación con el Instituto Mexicano de Psiquiatría, realizó una encuesta para determinar el índice de la prevalencia del consumo de droga en la población estudiantil de educación media y media superior del D. F. y área conurbada - Naucalpan y Nezahualcóyotl-, de la que se obtuvieron los siguientes resultados.:

a) El 12.3 % de la población encuestada, había consumido droga, el 10.4 % son usuarios leves, el 1.3 % moderados y sólo el 0.5 % son constantes.

b) Las cinco drogas de mayor consumo entre la población encuestada, son : los inhalables (4.75 %), la marihuana (4.08 %), las anfetaminas (3.58 %), los tranquilizantes (2.47 %) y la cocaína (1.61%).

c) Finalmente, de las ocho drogas comprendidas en la encuesta, sólo la cocaína tuvo un incremento significativo, casi se duplicó (0.71 %), respecto de la encuesta anterior (1986).(2)

2.3 SITUACION DEL TRAFICO ILICITO DE ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPICOS

"El valor del mercado mundial ilícito de drogas está calculado en aproximadamente 500 mil millones de dólares, con la tendencia de crecimiento más alta en la economía internacional".(3)

Los Estados Unidos de América es uno de los mercados de consumo de drogas ilícitas más fuerte del mundo, ésta situación tiene peligrosas repercusiones para México, ya que comparte casi 3000 Kms. de frontera con ese país. A esta vecindad se suman otros factores, como son : la migración, la pobreza y marginalidad de grupos de campesinos, las condiciones climáticas y orográficas que también favorecen los cultivos y protegen la clandestinidad, además de las atractivas ganancias de este negocio.

México produce en su territorio marihuana, goma de opio y heroína cruda. Las áreas de producción de la amapola se encuentran en el Litoral del Pacífico en los lugares donde alcanza mayor altitud la Sierra Madre Occidental, localizándose asociados a estos cultivos, laboratorios rústicos para su procesamiento en heroína.

Por las características de la marihuana, esta se puede encontrar casi en todo el territorio nacional.

En el caso de la cocaína, México no es productor, sin embargo, se utiliza el territorio nacional para introducirla a los Estados Unidos, como consecuencia de los cambios en las rutas del narcotráfico por el Caribe.

2.4 ATENCION A LA FARMACODEPENDENCIA

La atención a la farmacodependencia ha estado presente en los planes y programas que han orientado los esfuerzos del país, por lo menos en los últimos veinte años.

La labor de coordinación interinstitucional requerida para obtener una visión clara, actualizada y constante de la magnitud y modalidades del consumo de drogas en el país, hizo necesario el establecimiento de la coordinación entre los sectores público, social y privado, cubriendo las áreas de prevención, educación, tratamiento y rehabilitación, investigación, vigilancia epidemiológica y evaluación de las acciones a nivel nacional.

La cobertura nacional a nivel operativo para la reducción de la demanda se da mediante las acciones realizadas por varios organismos entre los que se cuentan :

SECTOR SALUD

La Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría han elaborado el sistema de vigilancia epidemiológica cuyo objetivo es aportar información actual y confiable sobre la demanda y consumo de drogas en el país.

La Dirección de Fomento de la Salud y la Dirección de Comunicación Social de la Secretaría de Salud trabajan en la elaboración de programas de televisión y materiales audiovisuales para informar sobre aspectos básicos de prevención y tratamiento de problemas adictivos.

La Dirección de Planeación Familiar y el equipo interinstitucional, organizados por el Patronato Nacional de Promotoras Voluntarias, participan en el Programa de Desarrollo Integral de Adolescentes, planteando acciones de prevención contra la farmacodependencia, dirigidas a este sector poblacional.

El Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, con objeto de dar respuesta integral a las demandas de sus derechohabientes en farmacodependencia, aprovecha los recursos humanos y materiales ya existentes a través de la coordinación con el Consejo Nacional contra las Adicciones, para dar información, tratamiento y rehabilitación, así como promover la investigación y formación de recursos humanos en materia de farmacodependencia.

El Instituto Mexicano del Seguro Social proyecta acciones preventivas a diversos niveles para responder a las crecientes necesidades de sus derechohabientes aprovechando los recursos existentes y promoviendo en ellos la capacitación en adicciones. Se ha propuesto un programa especial para la detección temprana de adicciones en el medio laboral, con el propósito de disminuir la incidencia de los accidentes laborales.

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

El DIF desarrolla un programa integral para los adolescentes con el objetivo de ofrecerles mejores alternativas para proteger su salud y generar una actitud contraria al uso de drogas.

"En esta institución existe, desde 1986, el Programa DIF Para Prevención de la Farmacodependencia, con sede en el Instituto Nacional de Salud Mental (INSaMe-DIF), y que tiene a su cargo la coordinación de las acciones de prevención, investigación, enseñanza y asistencia, a través de varios mecanismos de normatividad y enlace con las dependencias del DIF en el Distrito Federal y en el interior de la República".(4)

Centros de Integración Juvenil, A. C.

Los Centros de Integración Juvenil, A. C. son una institución mixta que pertenece al sector privado y recibe fondos del sector público para ejercer su función de atención a la farmacodependencia.

Centros de Integración Juvenil, A. C. contemplan la atención del problema de la farmacodependencia desde la vertiente de la demanda en forma integral. Esto es, proporcionando a la población servicios de prevención primaria y atención curativa, así como la investigación científica y capacitación tanto a profesionales del campo de la salud como a grupos del sector escolar, laboral y de la comunidad interesados en este fenómeno.

SECTOR EDUCATIVO

La Dirección de Educación Extraescolar propuso el Programa de Prevención contra las adicciones para coadyuvar a la prevención de las adicciones tanto en el contexto escolar como fuera de el, mediante la capacitación, información y actualización a maestros, padres de familia, personal técnico y profesional, relacionados al sector educativo.

En la Subsecretaría de Educación Superior e Investigación Científica se elabora un acuerdo de colaboración para ejecutar acciones y proyectos relativos a la formación de recursos humanos, información, documentación, investigación y extensión en materia de prevención de las adicciones.

Con la Comisión Nacional del Deporte, a través de su Dirección de Atención a la Juventud y mediante su programa de Prevención de Adicciones (PREVEA), propicia la participación activa de los jóvenes brindándoles información, orientación y capacitación, con el fin de que generen y participen en acciones individuales y comunitarias que contribuyan a la prevención del problema.

Adicionalmente cuenta con el área de Medicina y Ciencias Aplicadas al Deporte, que se encarga del control y realización de pruebas de las llamadas "antídoping" a deportistas, observando los lineamientos de la Comisión Médica del Comité Olímpico Internacional.

El Consejo Nacional para la Cultura y las Artes, considerando la importancia que los eventos culturales y recreativos tienen para el desarrollo sano y continuo del ser humano, ha programado acciones

cuyo objetivo será la prevención de los problemas adictivos a través de proporcionar alternativas y fomentar la participación ciudadana en eventos tanto culturales como recreativos.

DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

Con la cooperación de autoridades delegacionales y asistencia técnica del Consejo Nacional contra las Adicciones, el Departamento del Distrito Federal esta instrumentando un ambicioso proyecto de movilización comunitaria para evitar el consumo de drogas proporcionando alternativas de información, capacitación, recreación, culturales y deportivas, así como centros de tratamiento y rehabilitación para atender a la población citadina, como lo son los Centros de Atención Toxicológica : Jóvenes por la Salud.

GRUPOS DE AUTOAYUDA

Distintas organizaciones como los drogadictos anónimos, agrupaciones religiosas e instituciones privadas ofrecen servicios, tratamiento y rehabilitación a niños y jóvenes con problemas de farmacodependencia, en el país.

2.5 REFORZAMIENTO DE LAS ACCIONES DE ATENCION AL FENOMENO

La voluntad política del Gobierno Federal en el reforzamiento de la lucha contra el narcotráfico se ha reflejado en el incremento de los recursos humanos, tecnológicos, materiales y financieros destinados a este fin en los últimos años.

La decisión política no se ha limitado al incremento de recursos, también ha establecido la necesidad de reorientar las acciones que se realizan en este ámbito fortaleciendo las que sustentan la atención a la farmacodependencia y el narcotráfico bajo un enfoque integral que permita atender equilibradamente las dos facetas del fenómeno de las drogas.

Por ello el Presidente de la República ordenó el establecimiento de un grupo intersecretarial, encargado de impulsar la atención integral del fenómeno, así como fortalecer y racionalizar los esfuerzos gubernamentales en la materia.

La dependencia encargada de atender los temas relacionados con las drogas ha sido reestructurada y fortalecida con la creación de la Coordinación General para la Atención de los Delitos contra la Salud de la Procuraduría General de la República, abandonando así la función exclusiva del ministerio público federal especializado en el tema del narcotráfico y enriqueciendo las posibilidades de concertación con los diferentes niveles de gobierno, la sociedad y otras naciones.

Por decreto presidencial, el 17 de junio de 1993, "se crea el Instituto Nacional para el Combate a las Drogas como órgano técnico

desconcentrado, dependiente de la Procuraduría General de la República. El Instituto tiene por objeto la planeación, ejecución, supervisión y evaluación de las acciones tendientes a combatir el fenómeno de las drogas en el ámbito nacional y para preservar en coordinación con las dependencias competentes la salud integral de los habitantes del país, dentro de las políticas y lineamientos establecidos por la Procuraduría General de la República. El Instituto contará con agentes de la Policía Judicial Federal, así como con los demás servidores públicos que requieran para el ejercicio de sus funciones, de conformidad con las disposiciones legales aplicables"(5).

El Consejo Nacional contra las Adicciones ha sido revitalizado, incrementando las acciones que desarrolla y ampliando su ámbito de operación.

En el nivel conceptual se cuenta también con una visión globalizadora en la que concurren tanto diferentes instituciones como niveles de gobierno, sectores sociales y gobiernos de otras naciones.

2.6 MODELOS DE TRATAMIENTO

El inicio de la farmacodependencia en la forma en que actualmente la conocemos, puede ubicarse en el principio de los años sesenta como resultado del movimiento hippie en E. U. En nuestro medio se manifestó de diferentes maneras entre las que podemos citar la asimilación y reproducción de estilos de vida, modas, lenguajes, etc. y con ello el consumo de drogas.

En ese período se diseñaron los primeros modelos de tratamiento para la farmacodependencia. Se contaba en aquel entonces con dos modalidades de tratamiento institucional. Por una parte, los C.I.J. con esquemas de atención profesional que incluye la asistencia de un equipo constituido por psicólogos, trabajadores sociales y psiquiatras. Y el último, un modelo de grupo de autoayuda configurado sobre todo con base en la experiencia de Alcohólicos Anónimos (A.A.), que se sustenta en principios de ayuda mutua entre varios adictos y que buscan aumentar la autoestima del paciente a través de hacerlo útil para otros y de fortalecer la resistencia ante el impulso a consumir, mediante la disuación moral y la presión del grupo.

En la década de los ochentas, ante el aumento del consumo de drogas se desarrollaron nuevos esquemas de tratamiento y muchos de ellos se basaron en las experiencias de los modelos empleados en el extranjero, lo cual dió lugar al surgimiento de agrupaciones tanto para la prevención como para la atención.

En la actualidad, gracias a la experiencia de las dos décadas de investigación en el área, se considera que el tratamiento ofrece una alternativa para la reducción o en algunos casos la eliminación del nivel de consumo de sustancias tóxicas.

No en todos los casos el tratamiento de la adicción tiene como meta la eliminación del consumo sino que puede fijarse el objetivo de llegar a un grado de uso que no interfiera con las actividades cotidianas del sujeto, como su trabajo, su vida familiar, vida social, etc.

Entre los retos que enfrentan los diferentes esquemas de tratamiento contra las adicciones, se encuentran las siguientes :

1. Mejorar la calidad de la prestación del servicio.
2. Identificar las modalidades de tratamiento que dan mejor resultado con un tipo específico de adicción.
3. Aumentar las tasas de recuperación.
4. Lograr que los efectos de los tratamientos sean de largo plazo
5. Identificar las variables que funcionan y son relevantes para afectar el cambio de la conducta del individuo.
6. Involucrar de una manera más participativa a la familia como un instrumento de apoyo en el tratamiento y la rehabilitación.
7. Aumentar la conciencia social sobre el fenómeno de las adicciones y el papel que a la comunidad corresponde como corresponsable en el tratamiento del problema". (6)

La experiencia obtenida indica que una de las claves para el éxito en la rehabilitación de un adicto se basa en ofrecerle alternativas atractivas que le persuadan de abandonar el uso de sustancias.

No se trata de retirar al usuario de su entorno social, ni de fabricarle una familia, sino que a través del ofrecimiento de esas alternativas él mismo podrá ir contruyendo su futuro de acuerdo con sus aptitudes y condición socioeconómica, pero con un sentido positivo hacia la vida.

Esto contrasta con otros esquemas en donde el adicto es separado de su medio y llevado a otro donde se le aísla de su situación de vida real, en cuyo caso el costo en la atención se eleva por el ambiente que se le crea, a la vez que se da a la familia el mensaje falso de que el usuario es el único que tiene el problema.

" Diversos modelos de tratamiento se han desarrollado en México durante los últimos años, sin embargo, no todos han dado el resultado deseado debido a diversos factores entre los que sobresalen:

- a) Diferentes personalidades de los usuarios
- b) Diversidad de sustancias empleadas
- c) Variación en los costos económicos de la atención y en los recursos disponibles por los usuarios y sus familias
- d) Limitación de recursos humanos y materiales especializados en los diferentes programas de tratamiento".(7)

Se han diseñado algunas alternativas con el fin de superar estas limitaciones, tales como:

- 1) Programas con sistemas abiertos de atención: La atención se da a partir de que el paciente acepta voluntariamente participar en un programa de tratamiento. Funcionan solo en horas hábiles y el paciente prácticamente vive en su medio natural. Se da psicoterapia individual, familiar y grupal.
- 2) Comunidades terapéuticas: Aquí el paciente es aislado de su familia en un período de tiempo variable que por lo general pueden ser meses.
- 3) Tratamiento residencial: Se basa en un manejo psicoterapéutico apoyado en los 12 pasos de A.A. Su objetivo es lograr la conciencia del problema, desarrollar habilidades para enfrentarlo y adquirir una responsabilidad. El paciente en una primera etapa permanece aislado de su medio y posteriormente continúa con el tratamiento de forma ambulatoria. En ese momento es cuando la familia participa de una manera mas directa.

4) Internamiento hospitalario: Da al paciente tratamientos psicofarmacológicos que requieren de vigilancia de un equipo de salud. Dependiendo de la severidad del caso, podrán ser manejados posteriormente en una comunidad terapéutica o en un sistema abierto de atención.

5) Hospital de día: Proporciona al paciente un sostén de atención durante el día, al término del cual regresa a su domicilio. Participa junto con el equipo de salud en actividades de terapia ocupacional, dinámicas grupales que le llevan a tomar conciencia de su futuro y de las responsabilidades que tiene como persona. Esto se hace bajo la tutela del terapeuta, dado que emocionalmente no se encuentra preparado aún para asumir esas responsabilidades.

6) Casas de medio camino: En los hogares de transición los adictos hacen una vida social, buscan trabajo o reanudan la educación. Los residentes asumen la responsabilidad de sus propias vidas: preparan sus alimentos, se encargan de la limpieza y se hacen cargo de administrar su propio dinero. Los habitantes de estas casas, laboran con personal reducido y ex-adictos que proporcionan el apoyo para que los pacientes hagan frente a la atención que se deriva de aprender a vivir en forma independiente.(8)

REFERENCIAS

- (1) MEXICO, Poder Ejecutivo Federal, El control de drogas en México, p. 8
- (2) Ibid., p. 9
- (3) Ibid., p.10
- (4) MEXICO, SSA, Programa Contra la Farmacodependencia 1992-94, p. 68
- (5) MEXICO, Diario Oficial de la Federación, 17 de junio de 1993
- (6) MEXICO, SSA, Las adicciones en México, p.107
- (7) Ibid., p.108
- (8) Ibid., p. 109

CAPITULO 3

3.1 LA FAMILIA DEL FARMACODEPENDIENTE

TRATAMIENTO A LA FAMILIA DEL FARMACODEPENDIENTE

El tratamiento a la familia del farmacodependiente por lo general comprende actividades, conducidas por un terapeuta u orientador, llevadas a cabo con el propósito de ayudar a una familia tanto a solucionar sus problemas como a que logre una manera constructiva de relacionarse entre sus miembros.

La familia es considerada como un sistema, en vez de una suma de varios individuos, dado que se trata a cada miembro como a las interacciones entre ellos.

Tratamiento de pareja: Se ha llevado a cabo en parejas de adictos como en grupos de parejas, observándose mejores resultados en este último caso puesto que a los adictos se les facilitó la observación de sus mismos problemas reflejados en otra pareja, así como la búsqueda de soluciones en común.

Tratamiento para padres de farmacodependientes: En el caso de consumidores crónicos de heroína, este tipo de tratamientos se da a grupos de padres de adictos adolescentes y jóvenes que se encuentran en tratamiento de internación o en clínicas. En ocasiones se les proporciona el tratamiento individual a uno de los padres o a la pareja, para luego integrar un grupo.

Psicoterapia familiar: Es el más común del tratamiento brindado al grupo familiar con el fin de ayudar a los miembros a reconocer que comparten problemas y que se acepten como individuos, identificando y clasificando sus normas y patrones de comunicación.

Presenta variaciones según se proporcione a la familia de un farmacodependiente que se encuentre internado o que es tratado en consulta externa.

La modalidad de la terapia puede ser psicodinámica, según la cual se contemplan los procesos de comunicación de la familia, la importancia de la pérdida o el duelo y la ansiedad por las separaciones; o sistémica en la que se enfatiza la estructuración de la familia y los roles ejercidos por sus miembros así como el papel que desempeña la droga en el sistema familiar y la manera en que los miembros sabotean o coartan el intento de modificación de relaciones que suponen que el adicto abandone el consumo de drogas.

Después de realizados diversos estudios sobre este problema, se ha concluido que la familia del farmacodependiente puede ser clasificada en dos grandes grupos a saber :

- a) Familia simbiótica
- b) Familia cismática

a) Familia simbiótica. Si hubiera que representarla ésta podría compararse con un sistema de vasos comunicantes rellenos de una sustancia pegajosa, donde todos los integrantes se meten en la vida de todos sin discriminación de límites entre varones y mujeres, adultos y niños, jóvenes y viejos, mundo externo y mundo interno, fantasmas y realidad, etc.

Sus características son:

- Una sensación colectiva de desvalimiento y fragilidad, la familia ha perdido la capacidad de protegerse a sí mismos en forma autónoma y desemboca en un complejo entrecruzamiento de roles que tiene, como característica principal, una intensa dependencia recíproca.
- La presencia alternada o simultánea de fenómenos autistas ocasionalmente todos los miembros de la familia y/o uno sólo de los elementos; resultado de éstos es la pérdida de la capacidad para intercambiar mensajes pertinentes y la pérdida de la confianza entre personas y cosas.
- Cada cual participa en función del rol complementario del otro y viceversa.

En base a lo anterior los doctores Eduardo Kalina y Santiago Korín señalan en su estudio sobre la familia del drogodependiente que: "... hemos observado un modelo típico de relación madre-hijo en el cual el hijo es el depositario del núcleo melancólico de la madre actuándola, en forma intolerable para la madre, mediante sedación drogadictiva, con la cual, a su vez, intenta aliviar a la madre. Así, la madre pasa a funcionar de Super yo y el hijo como un yo que no debe deprimirse, para salvar la simbiosis de éstos..." Y continúan "... en todos los casos la intolerancia de estas madres frente al tratamiento del hijo cuando, superado el primer período de intoxicación, debemos enfrentar, en el paciente, la depresión melancólica que a veces tiene el carácter de una psicosis clínica. La madre obstaculiza el tratamiento; induciendo al hijo o a otros miembros de la familia o del equipo terapéutico para obstacullzar el proceso, con la esperanza de

recuperar la homeostasis patológica perdida, y cuando no lo logran, pueden entrar en una intensa depresión melancólica...".(1)

También en todos los casos estudiados se encontró que : la madre sufre un crónico déficit de su autoestima que, de manera automática da prominencia a la figura del padre quien pasa por ser el "genio" de la familia, el "salvador", etc. Estos sin tener en cuenta que a lo largo de la historia de la familia ha habido una serie de abandonos sufridos por la madre, y a su turno por el hijo, esto trae como consecuencia la configuración de una situación en la que el hijo nace para gratificar a la madre pauperizada y se convierte en principal fuente de autovaloración para ella, ya que el marido no la respalda, aunque reclama para él constante estima. El hijo aquí pasa a ser la "droga" que sostiene a la madre y busca, a su vez, alivio en los fármacos para mitigar su propia melancolía de fondo.

- En estas familias también se observa un deterioro de la capacidad de usar un nivel simbólico verbal para comunicarse, mientras que, correlativamente, llegan a una exquisita sofisticación en su repertorio de comunicación preverbal.

b) Familia cismática. En ella todos los miembros están separados y cada uno sólo puede conectarse con el otro de a uno por vez, como ejemplo: son aquellas en donde no es posible compartir una charla más de dos personas sin que éstas peleen, ésto lo utilizan para evitar el acercamiento.

Las características observadas fueron :

- Ausencia de un padre vigente que proponga y sustente valores precisos y consistentes.

- Reglas del juego peculiares en familias que parecen carecer de ellas.
- Perturbaciones serias en el uso de los símbolos.

Con relación a la ausencia del padre se ha comprobado que ésta, se presenta tanto en los niveles altos como bajos, la ausencia puede ser física o psicológica, además en los países latinoamericanos hay que añadir el hecho de que un buen número de adolescentes resultan ser los llamados hijos naturales -y que afortunadamente en México ya no reciben este desventajoso calificativo.(2) Bien, volviendo a la figura paterna en algunos de los países de la América la figura del padre se correlaciona con la persona de los caudillos y líderes del lugar quienes se sabe que son adictos al alcohol, coca y tabaco y es ésta la conducta que sirve de modelo de identificación a los menores y adolescentes de la zona.

En las familias cismáticas los contactos son fugaces, y paroxífticos, sobre sus integrantes se cierne la amenaza de precipitarse en un abismo.

Concluyendo, los investigadores mencionados reportan que: no existe drogadicto sin una familia con una drogadicción manifiesta o latente, síndrome predictivo, en uno o varios de sus miembros -padres- y sin que éstos funcionen con un tipo característico de "dobles mensajes" que podríamos sintetizar en esta formulación. "Haz lo que yo digo y no lo que yo hago". (Ejemplo : el padre que fuma, bebe, toma sedantes, etc. y le recomienda a su hijo no fumar marihuana).

También se vió que en estos tipos de familia la manipulación es un fenómeno comunicacional verbal, aunque predominantemente preverbal, constantemente presente en la interacción familiar.

Decimos que la familia se encuentra o va hacia un proceso de desorganización familiar, cuando las relaciones entre sus miembros tienden a ser el reverso de la adaptación, es decir, cuando se da un rompimiento parcial o total de los vínculos afectivos entre los cónyuges y de éstos hacia los hijos, originando constantes conflictos que se reflejarán en la dinámica familiar principalmente en los jóvenes, los cuales al no tener un ambiente agradable en el hogar optarán por buscarlo fuera de ella.

La desorganización familiar, definiendo a ésta según Alberto L. Merani "son los trastornos o interrupciones de las funciones que desempeñan los miembros de la familia, las cuales van a provocar el rompimiento de las relaciones entre sus integrantes" (3), misma que implica una desviación de las normas, ya sea en función de la felicidad individual o de la calidad de la relación.

Cuando una familia llega a sufrir la pérdida de lazos afectivos, de intereses en común, de alguno de sus cónyuges, tenemos que, pasan de la desorganización familiar a una etapa más crítica que es la desintegración familiar.

"La desintegración familiar, se da cuando la pareja presenta grandes conflictos en la comunicación, o desavenencias importantes en la convivencia, estas perturbaciones son transmitidas de alguna manera a los hijos; otro tipo de desintegración familiar más frecuente se da en el caso de la ausencia previa de alguno de los padres, como en el caso de la muerte de ellos, separación, divorcio o lejanía emocional, es decir, padres juntos pero no conectados afectivamente con los hijos o con su pareja. El resultado es, de manifestaciones patológicas en

algún miembro de la familia, generalmente el más débil o el señalado como chivo expiatorio de la propia patología".(4)

La desintegración familiar tiene una influencia directa, primeramente en el individuo, en relación a su personalidad, ya que éste al vivir el problema desarrolla inadecuadamente su personalidad en relación a la presentación de problema de adaptación y tendencias divergentes, esto trae como resultado una inmadurez emocional, la cual puede llevar al individuo a un desequilibrio parcial o total en su personalidad; estos productos emocionales que ocasionan angustia y tensión, son causantes a veces de algunas enfermedades psicomentales, como son el alcoholismo, la delincuencia juvenil, la prostitución, la farmacodependencia, etc.

El ser humano se inserta en un medio ambiente, siendo este todo lo que le rodea a un individuo o a un grupo, tiene existencia para él y puede influirle. El individuo, al desintegrarse su familia, sale desubicado a un mundo externo tratando de encontrar identificación con alguien que aparentemente lo entienda y lo acepte tal y como es, existe una gran posibilidad de que el sujeto desubicado se logre identificar con personas que presenten la misma problemática o características que él tiene, junto con los que se puede aproximar el conocimiento de la realidad social, familiar y personal, así como de algunas alternativas, sería el demostrar su inconformidad y rebeldía de una forma destructiva, a través de la delincuencia, adhesión a grupos pandilleros, a actitudes violentas, al uso de las drogas, etc.

El núcleo familiar es donde a través de los parámetros establecidos, el niño aprende las primeras pautas conductuales e instrumentos con los cuales puede manejarse en la vida. Es obvia la consecuencia de

que en el caso de los jóvenes farmacodependientes o con cualquier otra manifestación anónima de conducta, se han encontrado grupos familiares que de alguna u otra manera favorecen la dependencia sea ésta una adicción física o psicológica a las drogas. En un sentido general, hay familias que promueven la dependencia no sólo a sustancias tóxicas, sino a cosas o a personas pero lo más frecuente es que un joven se haga farmacodependiente o porque la estructuración familiar es tal que impide la seguridad y confianza en sí misma de sus integrantes, favoreciendo la inmadurez y la dependencia emocional.

Hay algunos problemas familiares que se han acentuado y parecen propios de nuestra época, producto de peculiaridades socioeconómicas, que hacen a la sociedad mantenerse en un estado de inestabilidad e inseguridad en todos los órdenes, generándose así una gran dificultad de poder establecer relaciones interpersonales satisfactorias y vínculos emocionales duraderos. Esta situación nos hace reflexionar sobre el por qué algunas familias presentan manifestaciones patológicas como grupo o en alguno de sus miembros y otras no. La respuesta conduce a observar que lo difícil del medio es similar para ambas, luego las actitudes ante los conflictos son los que varían notablemente.

"Diversas investigaciones realizadas por estudiosos de estos problemas han concluido en varios comunes denominadores de la familia del farmacodependiente; los principales serían:

- Desintegración familiar

La desintegración familiar es un factor de proclividad cuando la pareja fundamental presenta serias desavenencias y conflictos que son transmitidos a los hijos; también cuando por algún motivo se presenta la ausencia física o emocional de ellos. Asimismo, en parejas donde no se da una asunción clara de roles y donde las relaciones son fundamentalmente asimétricas, el desequilibrio entre la pareja parental empieza a notarse en síntomas de algún otro miembro de la familia. Paradójicamente, el que se dé este hecho, permite un equilibrio familiar al hacer depositario en otros los conflictos y las propias fallas. Resulta menos amenazante al ver en otros lo que no ha podido verse resuelto en uno mismo. La autoconfrontación es de los más infrecuentes. Así, mientras alguien esta enfermo -y en este contexto se habla de un adolescente farmacodependiente como paciente psiquiátrico-, la familia esta más unida por esa carga común. Además al centrar la atención en los problemas del adolescente, los demás miembros de la familia eluden enfrentar las dificultades que existen entre ellos.

El joven farmacodependiente no es un fenómeno aislado. Su conducta se da dentro de un contexto. En el caso, la familia ha propiciado la adicción de los muchachos, al no encontrar estos caminos de autoafirmación personal y relaciones familiares más adecuadas, que no lo hagan chivo expiatorio de sus contradicciones. Psicológicamente podría afirmarse entonces, que los actos de estos jóvenes, son en muchos casos consecuencia de identificación

proyectiva de sus padres, quienes derivan en sus hijos, sus propias tendencias psicopáticas, de igual manera que el joven delincuente puede estar representando la delincuencia latente de la familia.

- Presencia de adicciones

Las investigaciones realizadas sobre la familia del drogadicto han demostrado cómo la personalidad farmacodependiente emerge dentro de un contexto familiar que presenta ciertos rasgos básicos, bien definidos. Sin embargo, sólo una afirmación parece válida para todas las capas sociales que integran el panorama social económico y cultural: La presencia en el medio familiar de adicciones. No es fácil describir rasgos básicos; resulta elemental advertir la dificultad de hacerlo pues se presentan múltiples variaciones por su vertiente individual y microsocia para no atender los factores socioculturales predisponentes.

El natural interés por la familia en su ingerencia en manifestaciones farmacodependientes por ser esta el contexto donde se produce el desarrollo del ser humano, nos debe permitir entender la importancia de la experiencia de intimidad compartida de aquellos que la integran más que las normas y principios formales y legales que la definen. La intimidad compartida es una constante interacción emocional, una red de relaciones emocionales significativas que constituyen la interdependencia de padres e hijos. Es por ello que se puede decir que es a través de sus síntomas que el adolescente adicto comunica a sus padres y hermanos que está ocurriendo algo tal vez lo contrario de lo que es posible discernir en una primera impresión pero está empleando distintos elementos. Las familias de adolescentes adictos presentan

siempre la existencia manifiesta o encubierta en uno o más miembros de farmacodependencia: alcoholismo, tabaquismo, medicamentos u otras formas de adicción: al trabajo, al juego, a la comida, etc. La diferencia radica en que por lo general estas adicciones están socialmente aceptadas o son menos condenables que las del adolescente farmacodependiente. Descubrir la adicción del hijo lleva, casi siempre a desatar un síndrome de alarma en la familia. El descubrirla desemboca en ciertos cambios espontáneos en el sistema familiar que son propios de cada caso. Podemos ver que muchas veces puede observarse que con la farmacodependencia se ocultan conflictos ante situaciones bien distintas como la necesidad de buscar pareja, su proceso de individualización, intento de ruptura de barreras socioeconómicas, etc.

Vistos desde la óptica de un modelo entrópico, las respuestas de los miembros de la familia ante este tipo de problemas pueden ser dificultades para cambiar en el sistema familiar o la dispersión familiar por trabajar en dirección a un cambio. En el primer caso, los familiares prefieren atender al adicto como una "oveja negra" pues es un hecho que pocas familias soportan la herida narcisística que implica considerarse participantes causales en el problema.

La familia, la sociedad, los valores, etc., son realidades que configuran al hombre. Cuando no se puede confiar en ellos, despiertan sentimientos de inseguridad y contra tales sentimientos hay que luchar para evitar ser destruídos. En el caso de los farmacodependientes, esta lucha tiene como manifiesta característica la autodestrucción que en lugar de liberar al individuo lo sume en una mayor dependencia para hacer frente a la vida. En México existen pocos estudios serios al

respecto, pero una reciente investigación corrobora como factores que favorecen el uso de drogas los familiares. Este estudio mostró diversos factores familiares -como fallas en la estructura u organización familiar por muerte o separación de alguno de los padres, dificultad en la satisfacción de necesidades de afecto y seguridad, pertenencia a familias numerosas, etc.- que configuran un alto índice de desintegración y probablemente por ello la proclividad al uso de drogas. En resumen, todos los datos sugieren considerar a la familia de los adolescentes farmacodependientes como un agente socializador inestable, poco eficaz en el logro de una integración y adaptación de sus miembros a la sociedad en la que tienen que desenvolverse.

- Conflictos de comunicación entre padres e hijos

El estudio de casos se orienta generalmente a las características socioeconómicas y de personalidad del adolescente; sin embargo, al pretender definir los factores determinantes ya no del individuo sino de las familias de esos adolescentes viene a ser común la desintegración familiar ya sea ocasionada por la separación de los padres o muerte de alguno de ellos, y la presencia de malas figuras sustitutas o sea un resultado de lejanía emocional ya sea de los padres o figuras sustitutas. Esto es, conflictos en la comunicación emocional significativa. Esto se acentúa en condiciones socioeconómicas que significan desventaja y marginalidad. Al analizar a un grupo de menores que inhalan thiner y observar rasgos de personalidad en México, un estudio reciente concluyó, entre otras afirmaciones, que el medio familiar incompleto, figuras rechazantes dentro de éste, la incomprensión ante la limitación intelectual y la falta de aceptación en

el medio familiar, son factores que contribuyen al actual nivel de adaptación de estos menores alterando las normas de comportamiento. En la mayoría de estos casos se observó primeramente una reacción de conducta (fuga de casa, pequeños hurtos) para luego asumir determinados comportamientos que se hallan en oposición con los patrones sociales establecidos por la sociedad. En la investigación se encontraron como mecanismos psicológicos emergentes: dependencia, desvalorización, racionalización, agresiones encubiertas, proyecciones nocivas y manejo psicopático. Las madres se veían a sí mismas como depositarias del oído de los hijos. El rol del padre se consideró poco definido.

Estos estudios demuestran que los canales de comunicación son deficientes entre padres e hijos y entre los mismos padres. Y lo que es más importante, estos datos señalan que es esta incomunicación la que conduce a la droga y no la farmacodependencia del adolescente la que conduce a la ruptura de las relaciones familiares.

- Parámetros de conducta ambiguos

Es una opinión aceptada por la generalidad de los expertos que no se conduce necesariamente a la farmacodependencia a un adolescente si la familia es estructural rígidamente y con parámetros muy severos. Lo que si parece ser determinante es que en ciertas ocasiones y ante ciertos hechos los padres se muestran permisivos mientras que en otros momentos censuran lo que en otras ocasiones aceptaron. Esto es, que las pautas de conducta son ambiguas. Lo mismo sucede cuando existe una división de la autoridad o la presentación de valores

entre padres, y uno permite lo que el otro prohibió, pues esta dualidad se traduce en el adolescente en incertidumbre y en un no saber cuál de las dos valoraciones es la justa. Frecuentemente, esta contradicción ante la conducta del muchacho puede ir acompañada con una estructura de poder "vertical" ante la cual el muchacho se siente apabullado. Esto es, que independientemente del patrón de conducta que se le solicita, se le exige obediencia. Diversas investigaciones naturalísticas del fenómeno de la farmacodependencia han obtenido datos que apuntan como común denominador la existencia de familias mal integradas, con desavenencias conyugales, conflictos económicos y relaciones conflictivas entre padre e hijos, dándose como característica -en las que presentaban un miembro con drogadicción- un peculiar manejo de las situaciones por los padres. Uno de los factores observados consistentemente fue la estructura de poder en la familia donde se apuntó que el establecimiento de normas y parámetros eran poco precisos o poco funcionales. Esto quiere decir que el adolescente se encuentra muchas veces en una situación paradójica pues se le obliga a responder a dos tipos de actitudes parentales incompatibles entre sí; se le pide por ejemplo, que afirme más con su personalidad pero que no se oponga a los padres y que les obedezca, o que responda de una manera apropiada a cierto tipo de relación sin indicar que tipo de relación. Cuando el adolescente enfrenta estas incongruencias, intenta a veces la única solución que le queda: entrar en un conflicto, que puede traducirse en el consumo de fármacos. Esto resulta evidente a la luz de lo que se ha señalado antes: Que la falta de marcos de referencia producto de la inadecuada socialización, impide controlar y organizar las reacciones emocionales,

pero en cambio si activa sentimiento de angustia y la necesidad de buscar satisfacciones inmediatas como las que obtienen con las drogas.

- Inadaptación de los padres

Es común encontrar casos de farmacodependencia en familias donde la migración del campo a la ciudad trae aparejados fenómenos de transculturación y conflicto en los valores y sistemas de vida. Las angustias de los padres son transmitidas a los hijos, quienes por la inestabilidad que esto provoca son presas fáciles de dependencias, de distinto género, incluidas aquellas respecto a las drogas. Diversos investigadores han llegado en conclusión a estos datos. Una investigación sobre las características psicosociales en un grupo de internos farmacodependientes delincuentes reclusos en un centro de rehabilitación social, realizada recientemente en reclusorios de la Ciudad de México, nos dice que el 46 % de los padres de los adictos son emigrantes. De esto se impone que probablemente el choque cultural de los padres y sus conflictos sean transmitidos a los hijos. Esto se confirma en los indicadores de la inestabilidad familiar estudiados que fueron: Incidencia de separación de los padres; divorcio; muerte de alguno de ellos o de ambos; y, abandono del hogar por parte del joven adicto a edades tempranas".(5)

3.2 TRABAJO SOCIAL Y FARMACODEPENDENCIA

Para abordar la intervención de trabajo social en la farmacodependencia se investigaron las actividades que realiza este profesional en tres instituciones oficiales, que a nuestro juicio fueron las más representativas, que manejan este tipo de problemática, y son: El Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, dependiente de la Secretaría de Salud; Instituto Nacional de Salud Mental del DIF; y, Centro de Atención Toxicológica perteneciente al Departamento del Distrito Federal, lugar donde se realizó esta investigación.

Las actividades que se llevan a cabo es éstas son las siguientes:

a) INSaMe-DIF.

Programa de intervención a la farmacodependencia. A todo paciente que llega por primera vez a la institución se le aplica una entrevista llamada de primer nivel, que comprende entre otras cosas: famillograma, la impresión de la familia, número de integrantes, motivo de consulta.

El Trabajador social en coordinación con un psicólogo y un psiquiatra, determinan el tipo de intervención que se llevará a cabo, en donde el trabajador social hará: un estudio psicosocial, una visita domiciliaría, interconsulta, o canalización.

Este profesional según el plan social que se haya determinado, da una orientación familiar que se enfoca principalmente a la dinámica de ésta.

Lo anterior se aplica con pacientes en general pero específicamente con los farmacodependientes, el trabajador social, realiza manejo de grupos terapéuticos en coordinación con el equipo multidisciplinario, trabaja con la familia a través de la orientación y terapia familiar, da orientación a padres psicodependientes en grupo, participa en el proceso de rehabilitación y en el de reincursión social, maneja grupos de autoayuda y detecta las aptitudes de los pacientes para reintegrarlos a la sociedad.

b) Centro de Atención Toxicológica-Xochimilco.

Entre las actividades que realiza está la entrevista a pacientes de consulta externa y de hospitalización, entrevista a familiares, localización de pacientes a través de la visita domiciliaria, transferencia de pacientes en caso de ser necesario, tramitar interconsulta fuera de la unidad, organización de cursos y pláticas a pacientes y familias, orientación e información médico-social, participa en campañas y programas de medicina preventiva, participa en investigaciones médico-sociales y realiza canalización de pacientes a bolsa de trabajo.

c) Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez

El trabajador social realiza entrevistas de primer nivel en general y en casos necesarios, estudios de segundo nivel que son estudios médico-sociales que buscan dos objetivos: conocer el rango socioeconómico de la familia; y, conocer la dinámica familiar para hacer el diagnóstico.

En casos más específicos se realizan estudios de tercer nivel que son estudios psicosociales realizados por una trabajadora social psiquiátrica.

Específicamente, con pacientes farmacodependientes, interviene en grupos como coterapeuta o como observador registrador con éstos o sus familiares.

Realiza seguimiento de casos para el rescate de pacientes que abandonan el tratamiento; y, finalmente, organiza grupos de orientación a familiares de pacientes de un padecimiento específico.

REFERENCIAS

- (1) KALINA, Eduardo. "La familia del drogadicto", p.130-131
- (2) Ibid., p. 136
- (3) LLANES BRICEÑO, Jorge. Drogas: mitos y falacias, p.11
- (4) Ibid., p. 14
- (5) LLANES BRICEÑO, Jorge. La juventud y las drogas, p.113-118

CAPITULO 4

PROGRAMA TRATAMIENTO SUSTITUTO CON MORFINA

4.1 HISTORIA DEL PROGRAMA

A fin de conocer, la historia de este programa se ameritó una investigación tanto hemerográfica como de campo, pues no existían fuentes de información oficiales al respecto. De tal modo, los datos siguientes son inéditos.

Cabe señalar que debido a la diversidad de información obtenida sobre los antecedentes e historia del programa, este capítulo se desglosó en cinco apartados, para una mejor comprensión.

A) Contexto general. Donde se hace una recopilación de decretos, avisos y demás disposiciones sobre narcóticos que estuvieron vigentes antes y durante el surgimiento y desarrollo del Programa de Tratamiento Sustituto con Morfina. De tal modo, el uso de la morfina en el programa se asentó legalmente en tales normas.

B) Hospital Federal para Toxicómanos. Se aborda la información del Reglamento Federal de Toxicomanías, la creación del Hospital y su cierre. La importancia de este apartado radica en que fue un Hospital donde acudían los individuos heroínómanos. Al cerrarse, tales sujetos no contaron con tal recuso.

C) Oficina de control de medicamentos. Se creyó necesario hacer un apartado sobre ésta, ya que es quien ha tenido a su cargo la autorización para permisos del uso legal de fármacos. Probablemente esta Oficina se encargó de los individuos heroínómanos y que quizá la que dio el primer paso para el uso oficial y legal de la morfina a un grupo de individuos los cuales permanecieron durante mucho tiempo. De hecho, los pacientes estudiados formaron parte de aquellos.

D) Entrevista al Dr. Miguel Gómez. Quien fuera Jefe de la Oficina del Control de Medicamentos en el período comprendido de 1986 a 1991 y quien proporcionó información parcial sobre el grupo de individuos que recibieron morfina y su control.

E) Historia del Programa según el testimonio de los pacientes inscritos en él. Esto como una forma de obtener las versiones de los propios involucrados.

4.1.1 A) CONTEXTO GENERAL

El 23 de enero de 1912, se realizó la Convención Internacional del Opio, entre varias naciones.

El 15 de marzo de 1920, en la República Mexicana se dió la disposición sobre el comercio de productos que podían ser utilizados para fomentar vicios que degeneraran la raza y sobre el cultivo de plantas que pudieran ser empleadas para el mismo fin.

En febrero de 1925 en Ginebra, Suiza, se efectuó la Convención Internacional del Opio.

El 22 de abril de 1926, Excélsior publicó que el Departamento de Salud, basándose en la campaña emprendida contra el tráfico ilegal de narcóticos, destruyó grandes sembrados en Sonora y Sinaloa.(1)

El 22 de Octubre del mismo año se dió el aviso por el cual se previno que solamente el Jefe del Departamento de Salud Pública podía conceder permisos para el comercio de drogas enervantes.

Se celebró en Ginebra, Suiza, de mayo a julio de 1931, con asistencia oficial de México, una Convención para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de drogas y estupefacientes.

El 20 de septiembre de 1931, Excélsior publicó que el Código Penal no consideraba un delito el vicio de toxicomanía, por tanto, no había sanción en su contra; con esta disposición, quedarían liberados más de 300 toxicómanos y vendedores de drogas heroicas y dos días después, éste mismo, informa que el Código Penal hace las aclaraciones necesarias debido a las confusiones existentes, ya que sí se declara como hecho punible tanto la toxicomanía como el tráfico de drogas.(2)

El 25 de septiembre de 1931, Excélsior publicó que: "El Departamento de Salubridad manifiesta que los toxicómanos no deberán ser considerados como delincuentes, sino como enfermos, por lo tanto, se establecerá un Reglamento de narcóticos para que éstos queden internados en los lugares adecuados, sin estar en calidad de prisioneros".(3)

El 2 de octubre del mismo año el mismo diario da a conocer que el Departamento de Salud Pública intensificó la campaña contra la toxicomanía aumentando sus servicios en las fronteras para detectar a

los narcotraficantes, por ser estos la causa fundamental de desarrollo de tal vicio.

En 1933 existió un pequeño hospital para toxicómanos en las calles de Tolsá, Cd. de México y se registraron en un período de 14 años, 3494 expedientes de toxicómanos.

En 1940, se publicó el Reglamento General de Toxicomanías derogado en julio del mismo año.

En marzo de 1940, el Excelsior dió a conocer la inauguración de un dispensario para el tratamiento de toxicómanos en la calle de Sevilla, de la Cd. de México. Este se estableció con base al Reglamento de Toxicomanías recientemente aprobado y promulgado.

Aquí se le proporcionaría la droga, así como la aplicación gratuita a los indigentes. Con ello el Departamento de Salud Pública contribuiría a evitar que los toxicómanos cometieran actos delictuosos para la adquisición de la droga, dando así, un golpe a los traficantes ya que con esto se cerraría la puerta al comercio ilícito.

Asimismo, procedería a tratar científicamente a los enfermos procurando retirarlos del vicio, mediante una adecuada regeneración.

En 1946, la Dirección General de Control de Alimentos, Medicamentos y Enervantes tenía entre otras funciones la vigilancia sobre el comercio lícito de las drogas enervantes en el país, que comprendía la importación, distribución y venta de tales sustancias en establecimientos autorizados para ese efecto por las leyes y reglamentos respectivos.

En 1947, el Dr. Rigoberto Flores Garza, en su tesis "Estudio médico social del problema de la heroínomanía y morfínomanía en México" escribe:

"Sabido es que México es gran productor de opio y que a pesar de los esfuerzos realizados para acabar con el tráfico, éste cada día incrementa debido a las fabulosas ganancias que produce, nadie ignora la existencia de plantíos de adormidera en Estados como Sinaloa, Nayarit y Durango. Fronteras de Tamaulipas, Coahuila, Baja California y Sonora. Laredo, Cd. Juárez, Nogales y Mexicali, son los lugares por donde se efectúa el tráfico internacional de drogas.

Este se lleva a cabo de dos maneras, por medio de la exportación, saliendo de México grandes cantidades de opio en bruto para la elaboración de morfina y derivados, y mediante la importación que se hace exclusivamente de heroína alcaloide que predomina en el mercado negro.

El centro de este mercado está en el Callejón de San Ciprian por el Mercado de La Merced y está en manos de una Sra. que es la dirigente de toda la organización, ella tiene distribuidores que se dedican a repartir la droga a habituados conocidos.

El asiento del comercio de drogas está en las colonias pobres y populares, donde se anida gente que vive al margen de la luz y de muy escasa o nula cultura.

Se vieron casos de habituados crónicos que ingresan al Hospital Federal para Toxicómanos y que ahí son ayudados económicamente por los dirigentes del tráfico de drogas, por intermedio de sus agentes o de otros habituados que son de su confianza.

En Tepito, donde tiene asiento la "flor y nata" del hampa, y en donde se venden objetos robados 24 hrs. antes, existen vendedores de drogas, y también: en las calles de Tenochtitlan, en el Callejón del

mismo nombre, en las calles de Ferrocarril de Cintura, en la Col. Morelos, Col. Obrera, Col. Buenos Aires, Col. El Rastro, Col. 20 de noviembre, en la Escuela de tiro, Col. Guerrero, Col. San Simón, Col. Portales, Col. Ixtacalco".(4)

En 1969, la Dirección General de Control de Alimentos, Bebidas y Medicamentos dió a conocer el control del tráfico lícito de estupefacientes en los Estados Unidos Mexicanos:

"En relación con la estructura administrativa de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el control de estupefacientes en la República Mexicana se realizó dentro de dos ámbitos.

a) El control del tráfico lícito lo ejerce la Secretaría de Salubridad y Asistencia a través de la Dirección General de Control de Alimentos, Bebidas y Medicamentos.

b) El control del tráfico ilícito lo lleva a cabo la Procuraduría General de la República con el apoyo del Ejército Nacional, de autoridades estatales y con la colaboración de la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

Los objetivos del tráfico lícito de estupefacientes fueron :

Objetivo mediato: Controlar la importación, exportación, adquisición, elaboración, distribución, almacenamiento y venta o suministro, para que el consumo de los medicamentos se limitara al uso terapéutico.

Objetivo inmediato:

1 Controlar los estupefacientes en un 100% en los establecimientos que los manejaran (laboratorios de productos medicinales, droguerías,

farmacias y botiquines), y el paso de tales productos por la aduana del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México.

II Mantener al día el censo de los establecimientos que manejaban estupefacientes.

III Editar y proporcionar a los profesionales autorizados los recetarios especiales para prescripción de estupefacientes.

IV Proporcionar bajo control facultativo permisos para la adquisición de estupefacientes a los adictos".(5)

La Oficina de Control de Estupefacientes y Toxicomanías fue la encargada de alcanzar los objetivos, y se componía de la siguiente manera:

Una jefatura a cargo de un médico, una subjefatura a cargo de un químico farmacéutico y cuatro secciones:

1. Sección de trámite internacional. Manejaba los permisos de importación y exportación de estupefacientes y realizó las visitas a los establecimientos solicitantes. Intervino directamente en la recepción y entrega de estupefacientes que entraban al país por la aduana del Aeropuerto Internacional de la Ciudad de México, única por la que se permitía la entrada de los estupefacientes.

2. Sección de control de estupefacientes en droguerías y farmacias. Estudio las solicitudes de permisos para adquirir estupefacientes, pedía la orden de visitas para verificar existencias y uso de los medicamentos y, considerando las actas levantadas dictaminaba la procedencia de lo solicitado.

3. Sección de control de hospitales y enfermos. Estudiaba las peticiones hechas por profesionales para la prescripción de estupefacientes a pacientes crónicos, elaboraba la orden de visita que practicaba un oficial sanitario técnico, y dictaminaba si procedía o no conceder el permiso. Tratándose de los enfermos cancerosos el médico visitador, informaba sobre el paciente y su diagnóstico por lo que procedía o no a otorgarle el permiso solicitado.

En cuanto a los adictos, se hacía la historia clínica de cada individuo, se elaboraba un estudio socioeconómico y en base a ello se estudiaba la petición del médico. De cada adicto se anotaban los datos en un registro y cuando era necesario se canalizaban a centros hospitalarios para su atención y posible rehabilitación.

En 1968 se expidieron 658 permisos para enfermos cancerosos y un permiso mensual a 37 toxicómanos registrados.(6)

4. Sección de control de recetarios de estupefacientes. Registraba a los médicos que solicitaban recetarios infalsificables editados por la Secretaría para la prescripción de estupefacientes; anotaba el nombre, profesión, domicilio, número de registro del título en la Secretaría de Salubridad y Asistencia y el de la Cédula de profesiones, se anexaba una fotografía del profesional y éste registraba su firma.

Los profesionales a quienes se concedían estos recetarios eran médicos cirujanos, alópatas, homeópatas, dentistas, médicos veterinarios, pasantes de medicina en servicio social y parteras.

4.1.2 B) HOSPITAL FEDERAL PARA TOXICOMANOS

El 27 de octubre de 1931, se publicó en el Diario Oficial el Reglamento General de Toxicomanía, del cual se retomaron los siguientes artículos:

Art. 1o. Corresponde al Departamento de Salud Pública de acuerdo con lo establecido en el artículo 206 del Código Sanitario, fijar los precedimientos curativos a que quedarán sujetos los toxicómanos.

Art. 2o. Para los efectos de este reglamento será considerado como toxicómano, todo individuo que sin fin terapéutico use habitualmente alguna droga.

Art. 4o. Toda persona que ejerza la medicina estará obligada a dar aviso a las autoridades sanitarias; de los casos confirmados o sospechosos de toxicomanía, dentro de las 24 hrs. siguientes del diagnóstico cierto o probable de la enfermedad.

Art. 5o. Deberán también dar los avisos a que se refiere el artículo anterior los directores de hospitales, escuelas, fábricas, talleres y asilos, los jefes de oficina, establecimientos comerciales o de cualquiera otra índole y en general, toda persona que por circunstancias ordinarias o accidentales tenga conocimiento de algún caso de toxicomanía.

Art. 7o. El Departamento de Salud Pública establecerá Hospitales Federales para Toxicómanos, en los lugares del país que juzgue más adecuados.

Art. 8o. La internación en el Hospital Federal para Toxicómanos será obligatoria y continúa durante el tratamiento y estará sujeta a los

sistemas que impongan los Reglamentos Interiores de los Hospitales Federales para Toxicómanos.

Art. 11o. Los médicos que suscriben una responsiva para atender a un toxicómano, están obligados a informar al Departamento de Salud Pública, del estado del enfermo, los efectos del tratamiento, la cantidad de droga que hayan disminuido, etc..

Art. 13o. El Departamento de Salud Pública podrá autorizar el que un enfermo recluido, en un Hospital Federal para Toxicómanos sea tratado por un médico de su confianza, siempre que se sujete al Reglamento Interior del Hospital.

Art. 20o. Todo toxicómano, al llegar al correspondiente hospital será puesto por cinco días en observación, transcurridos los cuales, el Jefe del Hospital rendirá nuevo diagnóstico.

Art. 24o. Cuando a juicio del médico del Hospital Federal para Toxicómanos encargado de la curación de un enfermo, juzgue que éste está sano, tendrá obligación de manifestarlo por escrito a la Dirección del establecimiento.

Presentado el informe de salud será sometida la persona a que él mismo se refiere, a un reconocimiento médico distinto y si el nuevo resultare de acuerdo con el primero se ordenará el alta.

Art. 26o. Los tratamientos se impartirán gratuitamente a los toxicómanos que no pudieren cubrir su importe.(7)

El 20 de agosto de 1934 se publicó el Código Sanitario de la República Mexicana y en su artículo 420 declara que: " El Departamento de Salud Pública fundará en los lugares de la República que estime convenientes establecimientos especiales para internar en

ellos a quienes hubieran adquirido el hábito de enervantes y determinar el tiempo que deben permanecer recluidos para su tratamiento".(8)

En México, D.F. en julio de 1935 se fundó el Hospital Federal para Toxicómanos, éste fue una institución oficial dependiente de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, creado en cumplimiento de lo que determinaban los artículos 420 del Código Sanitario y 7o. del Reglamento Federal de Toxicomanía; cuya misión era recibir y tratar a los enfermos toxicómanos. Este hospital fue construido en terrenos adyacentes al Manicomio General de la Castañeda en Mixcoac, al principio fue autónomo, dependiendo directamente de la Oficina de Control de Enervantes e Higiene de los Alimentos, cuando existía el Departamento de Salud Pública, al desaparecer éste y constituirse la Secretaría de Salubridad y Asistencia pasó a depender del Manicomio "La Castañeda"; y poco después se convirtió en un pabellón de éste.

El Hospital fue hecho en un principio para internar toxicómanos y así resolver el problema que éstos constituían para el gobierno, pues al principio se les enviaba a la Cruzía Federal de la Penitenciaría, después, al dispensario que funcionaba en las calles de Tolsá, ambos locales, inadecuados para ello. Poco después de fundado el hospital fueron admitidos en él, además de habituados, alcohólicos y marihuanos.

El hospital contaba con tres salas: dos para hombres, una de éstas para alcohólicos y otra para habituados, con 50 camas cada una; y una sala únicamente para mujeres con 20 camas. Además tenía servicio de botiquín y enfermería, comedores, servicio de sanitario, dirección, administración y talleres, los cuales en aquél tiempo no funcionaban por falta de herramientas y maquinaria.

El tratamiento médico al ingresar al Hospital Federal se hacía con el fin de diagnosticar:

1. Si era toxicómano

a) Si se encontraba en un período de intoxicación aguda,

b) Si se presentaban síntomas de necesidad por abstinencia,

c) Drogas usadas,

d) La vía que usaban para intoxicarse (oral, nasal, intravenosa, hipodérmica),

e) Cantidad máxima habitual.

2. Examen médico general.

3. Si claramente no era toxicómano.

Hecho el diagnóstico de toxicomanía se determinaba el tratamiento médico de desintoxicación con las siguientes bases: en los casos de toxicomanía por heroína o morfina se les daba el tratamiento de destete por supresión paulatina y decreciente de la droga durante 6 a 10 días según el grado de intoxicación del paciente. Pasando el período de destete se iniciaba propiamente el tratamiento de desintoxicación usando diuréticos, purgantes suaves y estimulantes de la función antitóxica del hígado, que frecuentemente presentaba síntomas de insuficiencia funcional.

Como regla general un mes después del ingreso, es decir, 20 días después de la última inyección de morfina se daba de alta al paciente pues ya no presentaban síntomas de intoxicación ni fenómenos de abstinencia.

La finalidad de desintoxicar a los toxicómanos, no se llevaba a la práctica, debido a la mala ubicación del hospital, a la deficiente organización, al trato inadecuado a los pacientes y a la falta de

vigilancia y control de los toxicómanos, los cuales estaban unidos con los enfermos mentales y nerviosos del manicomio. Faltaba personal experimentado, higiene, medicamentos apropiados, existía una pobreza de elementos, tanto de instrumental como de aparatos para la atención médica, dificultad para realizar análisis de laboratorio, mala e insuficiente alimentación para los pacientes y finalmente el presupuesto era raquítico, lo cual impedía al personal desarrollar sus actividades para lograr el objetivo deseado.(9)

El 15 de mayo de 1945 se publicó en el Diario Oficial el Reglamento Interior para el Hospital Federal para Toxicómanos del cual sobresalen por su importancia los artículos siguientes:

Art. 5o. El Director solicitará y controlará las cantidades necesarias de enervantes y otros medicamentos para el tratamiento de asilados.

Asimismo, calificará los resultados de los tratamientos y promoverá en su caso las altas a la Oficina de Control de Enervantes.

Art. 14o. Son requisitos de admisión:

1. Que la instancia de parte o por determinación de la autoridad se solicite el ingreso.
2. Que dentro del horario fijado los médicos del hospital examinen el caso.
3. Que en vista del examen, el Director o la Oficina de Control de Enervantes autoricen el ingreso.

Art. 16o. Todo asilado quedará obligatoriamente sujeto al tratamiento que se le asigne al programa de readaptación por medio del trabajo que se le señale, a las prevenciones de este Reglamento, a las medidas de orden y disciplina que rijan.

Art. 17o. Los asilados no abandonarán el tratamiento ni el hospital, excepto cuando lo requiera la autoridad que pidió el ingreso y que no haya inconveniente de orden técnico, por alta o en los casos y requisitos expresamente determinados en este reglamento.

Art. 18o. Las altas de los asilados y las visitas a éstos, las otorgará el Director de acuerdo con la Oficina de Control de Enervantes y las comunicará a las Oficinas de Comunicación del Manicomio para su cumplimiento.(10)

4.1.3 C) OFICINA DE CONTROL DE ENERVANTES

La Oficina de Control de Enervantes se creó para vigilar y controlar la venta y el uso de las drogas enervantes, llegó a esta organización a través de varias oficinas que funcionaron con diversos nombres: En 1935 se creó el Servicio de Clínica y Farmacia dependiente del extinto Departamento de Salud Pública. En 1936 se creó la Campaña contra el Alcoholismo y otras Toxicomanías hasta 1939; después cambió el nombre y se constituyó en Oficina de Control de Enervantes dependiente de la Dirección General de Higiene de la Alimentación y Control de Medicamentos.

Esta Oficina tenía como misión el tramitar, autorizar o rechazar las solicitudes por escrito hechas por médicos para el tratamiento de enfermos por la morfina o derivados, las solicitudes de permisos para administración de la morfina a individuos habituados se hacía por médicos particulares, vigilando las cantidades que se administraban

mensualmente de morfina o cocaína a los individuos y procurando que no hicieran mal uso de la droga que se les proporcionaba (comercio, tráfico).

Esta Oficina contaba con un asesor legal o jurídico para los casos de toxicomanía delictuosa, la formación periódica de cuerdas de delegación a las Islas Marías de toxicómanos delincuentes.

La Oficina como ya se mencionó se encargaba de tramitar la autorización para el tratamiento de enfermos con morfina o derivados, la solicitud se hacía por un médico con título registrado en la Secretaría de Salud Pública, con el nombre del enfermo, domicilio, enfermedad que padecía y la cantidad que a juicio del médico necesitaba mensualmente para el tratamiento.

Las solicitudes para el tratamiento de individuos habituados con médicos particulares tenían que ser firmados por dos médicos registrados que se hicieran responsables del tratamiento, especificando la cantidad de droga (cocaína, morfina) necesaria mensualmente, además de incluir los siguientes datos: Nombre, domicilio, tiempo de habituación del toxicómano a tratar etc..

Llenados todos los requisitos, la Secretaría extendía el permiso para que los médicos pudieran adquirir en las farmacias, las drogas necesarias solicitadas; ésto se hacía mensualmente.

En la Oficina de Control de Enervantes se tramitaba la solicitud y se encargaba de extender los pases para el internamiento de individuos habituados del Hospital Federal para Toxicómanos, cuando éstos lo solicitaban voluntariamente, allí se les registraba y tomaba fotografía para el expediente, asimismo, también autorizaba el alta de los

asilados cuando era solicitado por el Director del Hospital Federal para Toxicómanos.

La Oficina de Control de Enervantes ratificaba los datos que proporcionaba el médico en su solicitud mediante una visita domiciliaria, y con ello la autorizaba o la rechazaba según lo creía conveniente.

En las memorias de 1943-44 de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, se encontró que la Oficina de Control de Enervantes, entre otras actividades, practicó 294 exámenes médicos a toxicómanos antes de ser enviados al hospital, 287 exámenes de alcohólicos, 344 visitas a domicilio a enfermos de tratamiento prolongado o toxicómanos que solicitaron permisos especiales para la adquisición de drogas enervantes; 77 visitas a sanatorios particulares, y por último fueron internados en el Hospital de Toxicómanos 754 enfermos correspondiendo 359 a morfina, 315 a alcohólicos, 74 no intoxicados, 5 de marihuana y uno de éter.

Las memorias de 1944-45 de la Secretaría de Salubridad y Asistencia señalan que la sección de narcóticos atendía lo relativo al control lícito de estupefacientes, vigilando la importación, distribución, depósito y venta; y, además de conceder los permisos necesarios, cuidaba del buen uso de las autorizaciones, mediante la práctica de visitas periódicas y de balances minuciosos en los establecimientos correspondientes.

Daba atención a permisos especiales que solicitaban los médicos para atender a enfermos que requerían de tratamiento prolongado o

para toxicómanos, comprobando previamente a la expedición de tales permisos que la petición fuera justificada y que el destino que se pretendía dar al narcótico fuera legal.

Control igual se llevaba en los laboratorios que fabricaban productos medicinales en cuyas fórmulas figuraban sustancias enervantes, dichos establecimientos tenían la obligación de comunicar cada caso en que hicieran elaboraciones, para que mediante inspectores oficiales se comprobara la salida y el buen uso del narcótico de que se tratara.

La distribución de recetarios para uso de los facultativos era hecha con toda minuciosidad no se proporcionaba ningún nuevo talonario sin haber comprobado que las prescripciones hechas en el anterior se ajustaban a las dosis máximas autorizadas y a la verdad absoluta en cuanto al nombre del paciente, domicilio y demás datos indispensables.

Expidió 7,948 permisos en droguerías, farmacias, laboratorios, clínicas, hospitales etc.. para adquisición de drogas enervantes, concedió 98 permisos para importación de los mismos productos, se proporcionaron 3,948 recetarios especiales para médicos, dentistas, parteras, veterinarios, etc.; practicó 2,849 balances en droguerías, farmacias, laboratorios, etc. de toda la República Mexicana.

La Oficina de Control de Enervantes llevó a cabo el reconocimiento de los toxicómanos presentados en su dependencia o para los cuales se llevó visita especial, a fin de resolver que individuos deberían ser internados en el Hospital Federal para Toxicómanos o en sanatorios particulares autorizados y consecuentemente, hizo el estudio de cada

uno de los enfermos para el registro especial que se llevaba en el gabinete de identificación y dactiloscopia, el que funcionaba con toda regularidad llevando siempre al día el registro de los enfermos.

La Oficina practicó 619 exámenes médicos a toxicómanos para determinar con respecto a su envío al Hospital Federal para Toxicómanos. Se hicieron 423 visitas domiciliarias a enfermos de tratamiento prolongado o toxicómanos, a fin de dictaminar sobre las solicitudes de adquisición de enervantes, 84 visitas a sanatorios particulares, 553 toxicómanos fueron internados en el Hospital Federal para Toxicómanos, dados de alta 591 por que su permanencia ya no se consideraba necesaria.

En las memorias de 1945-46 de la Secretaría de Salubridad y Asistencias se encontró que la Oficina de Control de Enervantes practicó 598 exámenes médicos a toxicómanos para determinar su remisión al Hospital. Se practicaron 624 visitas domiciliarias a toxicómanos, a fin de dictaminar sobre las solicitudes de adquisición de enervantes.

4.1.4 D) ENTREVISTA AL DR. MIGUEL GOMEZ

El Dr. Miguel Gómez, a lo largo de la entrevista realizada con el fin de ampliar el conocimiento del Programa de Tratamiento Sustituto con Morfina, refirió que en el año de 1986, entró en contacto con los pacientes de éste, que en aquel entonces, el número ascendía a 28

individuos. Informó que la morfina era importada de Alemania (Laboratorios Merck) y que el trámite se hacía en la sucursal de la Cd. de México.

Refirió que en 1986, su intención era no otorgar el permiso a ningún adicto más, pero desistió de ello cuando se dió cuenta que fuera del programa no existía nada mas que pudiera brindarle ayuda a los farmacodependientes. Por lo tanto, uno o dos años después de conocer más el ámbito de los toxicómanos se planteó la posibilidad de realizar algo que de una u otra manera brindara ayuda a éstos. Su posibilidad surgió a raíz de saber que en España se estaba utilizando la metadona como tratamiento.

Por lo anterior, él estructuró un programa integral que diera solución al conflicto que se tenía con los pacientes del programa, pero su objetivo no se llevó a cabo por falta de presupuesto. Por lo que solamente se concretó a pedir ayuda médica al Hospital Fray Bernardino Álvarez para que en él se les realizaran exámenes psiquiátricos a los pacientes. Fue por ello, que entre 1987 a 1988, tres o cuatro personas valoradas psiquiátricamente en este hospital fueron enviadas a la Secretaría de Salubridad y Asistencia para que les otorgaran el permiso y así, quedaron integrados al programa. Refiere que la información de los exámenes realizados era incompleta, vaga y deficiente por lo que realmente no se podía considerar que los pacientes tenían una historia clínica.

Comentó que hoy en día aún existe un compromiso moral con estos pacientes en relación a la entrega mensual de la morfina, pero no con ello desecha la idea que la actitud para con éstos desde siempre ha

sido paternalista, y que no hay nadie que quiera reconocer la existencia del programa precisamente por el mal manejo que éste ha tenido.

Refirió que estando en la Dirección General de Medicamentos dependiente de la Secretaría de Salud, en ningún momento tuvo presión para dar por terminado el programa, pero tampoco recibió ayuda económica para poner en marcha uno que permitiera la rehabilitación de los pacientes toxicómanos.

Mencionó también, que en aquellos años se tenía la supervisión y control de la ONU en relación a la importación de la morfina y que a través de la junta de fiscalización de estupefacientes, en Viena, realizaba un balance de calidad de la morfina y por lo tanto, sí tiene un certificado de pureza farmacéutica.

Hizo mención, que en el año de 1987 a los pacientes no se les entregó la dosis, en dos ocasiones, debido a que se desembarcó en E.U. y no en México por lo que tuvo que intervenir la DEA para realizar las investigaciones necesarias.

4.1.5 E) HISTORIA DEL PROGRAMA SEGUN LOS PACIENTES

Debido a que no existen documentos oficiales que se refieran a este programa, por medio del testimonio oral de los pacientes se pudo conocer a grandes rasgos, el comienzo y desarrollo del Programa de Tratamiento Sustituto con Morfina.

Hay datos con los que se puede deducir que el programa dió inicio por lo menos a principios de los años 50's, ya que uno de los pacientes refiere haber ingresado en 1953 a éste. Según refieren, hasta 1969 había no más de 80 pacientes inscritos en el programa. Este número fue creciendo debido a que el Dr. Punaro, encargado del programa, les pedía a los propios pacientes que si conocían a otros heroínómanos, los invitaran a realizar los trámites para obtener "el permiso" (los pacientes llaman "el permiso" a la autorización de recibir y portar la morfina lícitamente), hasta que en la década de los 70's la cifra ascendió a 200 permisionarios. Pero, por diversas circunstancias, a través de los años, la cifra disminuyó debido a que el Dr. Gómez, médico que posteriormente continuó con la dirección del programa, no permitió la concesión de más permisos, aunando a ello la baja de un gran número de los pacientes (muerte por sobredosis o por alguna otra enfermedad ajena a la adicción, por presentar problemas de tipo legal). De esta manera a finales de los 80's el número de permisionarios llegó a 40.

Cabe señalar que a pesar de la política que se estableció de no otorgar más permisos, por órdenes superiores ingresaron a éste, tres pacientes entre los años de 1984 a 1991.

Los pacientes señalan que el único trámite que realizaban para conseguir el permiso, era presentarse en las Oficinas de la Secretaría de Salud exponiendo el porqué de la necesidad de adquirir la sustancia y, en ese mismo momento, les pedían bajo la observación de un médico, que se administraran la morfina, de esta forma, a juicio de éste se determinaba la cantidad que se le daría mensualmente.

A cambio de ésto, se les pedía que se alejaran de su vida delictiva, ya que la mayoría de éstos, robaban o se prostituían con el fin de obtener dinero que les permitiera la compra en el mercado negro de la sustancia. Así como también, que no hicieran mal uso de ella (tráfico, venta a personas no adictas, etc.), y que buscaran un empleo honesto; bajo la suposición de que al recibir la morfina, ya no tendrían motivo alguno para continuar realizando actividades de tipo delictivo.

Los pacientes hacen la referencia , que debido a las constantes modificaciones en el interior de las políticas de la Secretaría, han cambiado en varias ocasiones el lugar de la entrega de la sustancia. Primeramente, acudiendo a la Oficina de la Dirección de Insumos y Medicamentos de la Secretaría de Salud; a partir de 1985 la entrega se llevaba a cabo en el Hospital Campestre Samuel Ramírez Moreno, hasta que en marzo de 1993 fueron transferidos al Centro de Atención Toxicológica, Jóvenes por la salud, dependiente del Departamento del Distrito Federal ubicado en Xochimilco.

Estos afirman que ni antes, ni después de su ingreso al programa se les brindó una atención profesional, sino hasta ahora, que en el Centro de Atención Toxicológica, se les realizarán estudios de tipo médico, psicológico y social.

4.2 TRATAMIENTOS DE MANTENIMIENTO CON SUSTITUTOS

4.2.1 TERAPIAS DE MANTENIMIENTO

A continuación se presentarán las características básicas en que descansan los tratamientos de mantenimiento en sujetos adictos a opioides, así como sus resultados (derivados de una revisión bibliográfica que también se efectuó.

La dificultad percibida en relación a la suspensión definitiva al uso de opioides y la gran proporción de recaídas de los pacientes en relación a este consumo, una vez completada la fase de desintoxicación, motivó a la búsqueda de técnicas en las cuales el paciente recibe una dosis controlada de la misma droga o de un sustituto, en el entendimiento de que de esta manera podría desenvolverse en forma productiva dentro de su grupo social sin tener que dedicarse a actividades ilegales para obtener la droga.

Una preocupación que es imprescindible que todo programa de mantenimiento tenga en cuenta es determinar exactamente si el paciente que solicita éste tratamiento es realmente dependiente de la sustancia, puesto que se ha observado que sólo una tercera parte de los que se presentan se confirma el diagnóstico de dependencia. En caso de no cumplir con este requisito, el programa en cuestión estaría transformando en adictos a personas que no lo eran.(11)

Mantenimiento con metadona

El primer tipo de tratamiento a consumidores crónicos de heroína a quienes se administraba metadona comenzaba con un período de internación de seis semanas en una institución hospitalaria, durante el cual el paciente se desintoxicaba en relación a su consumo de heroína y comenzaba a administrársele metadona.(12) Esta supervisión estrecha de cada paciente se consideraba necesaria para que no abandonara su tratamiento sin embargo, estudios posteriores, motivados por la gran demanda de este tipo de mantenimiento, influyeron en el desarrollo de programas en los que el paciente no residía en las instalaciones sino que permanecía en la comunidad, sin que se percibieran modificaciones sustanciales en relación con los resultados obtenidos por ambas modalidades.

En cuanto a la duración del tratamiento, también ha sufrido modificaciones puesto que hacia 1970 más de la mitad de los pacientes eran atendidos durante más de un año, mientras que para 1980 sólo el 25% permanecía en un período superior a los 12 meses. La relevancia del mantenimiento con metadona como única medida terapéutica ha ido decreciendo en los últimos años en E.U, sobre todo debido a que el patrón de consumo de los usuarios se ha modificado.(13)

Se ha percibido que a partir de 1980 la proporción de personas que consumían diversas drogas simultáneamente, se había incrementado. Entre las drogas utilizadas puede predominar la heroína, pero no es posible concebir que únicamente evitando el síndrome de abstinencia a esta sustancia pueda mantenerse funcionando productivamente al consumidor. Ha sido necesario incluir al mantenimiento con metadona

dentro de una serie de otras actividades (psicoterapia, terapia ocupacional, recreativa o educacional), transformándose los programas de tratamiento en multi-modales. Este tipo de programas ha logrado obtener mejores resultados que aquellos en los que se proporciona únicamente atención a la desintoxicación del paciente, lo que puede deberse a que éste ya no sufre la compulsión por obtener la sustancia, debido a que se le administra metadona como sustituto.

Una de las modificaciones más evidentes que se producen en las personas que se encuentran en mantenimiento con metadona es la reducción en el número de delitos en los que se ven involucrados.

Otro de los logros de los programas de mantenimiento con metadona ha sido en relación al incremento de la ocupación laboral de los usuarios.

Por otra parte, al suspenderse la administración intravenosa de la heroína, sustituyéndola por la dosis oral de metadona, decrecen las complicaciones médicas (hepatitis, SIDA) que se asocian con este tipo de consumo.

Un problema que debe considerarse es el síndrome de abstinencia a la metadona que padecen los hijos recién nacidos, de madres que se encontraban en mantenimiento.

Los resultados positivos del mantenimiento con metadona son relevantes mientras el paciente permanece en tratamiento, siendo mínimos los índices que se preservan una vez que se suspende la administración de esa droga.

La gran incidencia de actos delictivos es lo que ha determinado la idea del surgimiento del tratamiento con metadona, es decir, se sustituye el opio por ésta, que tiene una acción prolongada y es administrada en clínicas y hospitales autorizados en lugar de una sustancia de corta acción e ilícita como la heroína, en esta circunstancia no se considera que la administración de metadona "cure" la adicción a opiáceos. Con ello se pretende que el adicto desarrolle un estilo de vida libre del mercado negro con el propósito de mejorar su función en la familia y el empleo, y disminuir los problemas legales y aumentar los resultados en relación a su salud.

El pronóstico de éxito depende de muchos factores como lo son: que el individuo tenga ya un empleo legítimo, mejore sus recursos económicos, que tenga un estado de salud bueno, una dirección fija y pocos problemas de delincuencia o menor severidad con los que probablemente complementaron el tratamiento, en cambio, el peor pronóstico se relacionará con aquellos cuyo mantenimiento de su dependencia está casi siempre relacionado con actividades criminales.

Estos hallazgos son confirmados en estudios y se ha mostrado asimismo, que este tipo de tratamiento es aceptado por la mayoría de los adictos crónicos que son incapaces de permanecer en abstinencia completa después de la desintoxicación de heroína.(14)

4.2.2 GENERALIDADES DEL TRATAMIENTO CON METADONA

La mayor parte de los programas, realizados en E.U., han reportado un porcentaje de retención menor al 50 % durante el primer año pero algunas actitudes de castigo del personal o presiones de la comunidad han forzado a los pacientes a salir del tratamiento y regresar a las calles. Por otro lado, el grado de retención también depende de la orientación del programa de tratamiento, por ejemplo, algunos estudios indican que aquellos programas con tendencias a una abstinencia prolongada son menos exitosos en retener a los pacientes.

Asimismo, las diferencias entre los programas también se han atribuido a los distintos criterios para establecer la dosificación. Esto ha llevado a considerar que "si bien, el mantenimiento con metadona probablemente reduce el uso ilícito de drogas, la actividad criminal, el riesgo de muerte y la infección con VIH no hay evidencia de que exista un beneficio sobre aquellos individuos que abandonaron el tratamiento".(15)

Para valorar el uso de metadona se realizó una comparación, en la Universidad de Texas, E.U., entre dos grupos donde al primero se le mantuvo con metadona a lo largo de 54 meses y al segundo tratado con metadona también pero sólo dos meses. Al primero pertenecieron 77 pacientes y en el segundo 95. El 87 % del total de los grupos estuvo compuesto por mexico-americanos.

En esta comparación se comprobó que el desempeño social del primer grupo mejoró mucho en relación al otro. La abstinencia dió mejores resultados con el segundo grupo ya que tuvo un período de

abstinencia de 36 meses y el primero cubrió un período solamente de 12 meses. La abstinencia voluntaria se usó para ver si el programa con metadona estaba dando resultados en relación al uso de opioides.

De estos pacientes el 95 % consumía heroína, éstos datos fueron obtenidos de las entrevistas previas. Asimismo, se hizo una revisión de registros legales y de algunos otros que hayan comprobado su inscripción en otros tratamientos. Todo esto con la finalidad de obtener antecedentes en relación a su residencia o domicilio, al uso común de opio, alcohol, empleo, educación, estado civil, enfermedades e institucionalización (prisión o detenciones).

La similitud entre estos dos grupos de pacientes para poderles dar el tratamiento fue la estructura familiar, la educación, sus problemas de alcoholismo y la étnica.

Se encontró en este estudio que durante los diez años el grupo de metadona (Primer grupo) tuvo una media acumulativa de 54 meses con el uso de esta sustancia, mientras que el grupo comparativo tuvo una media acumulativa de dos meses. Entre estos dos grupos se presentaron algunas diferencias en relación al tiempo de empleo; el grupo de metadona presentó una media de 49 meses y el otro de 35.

Por otro lado se encontró que el grupo comparativo se ubicó en un período de 46 meses institucionalizados (en prisión o en el denominado tratamiento de residencia "granja"). Sin embargo, en relación a la abstinencia voluntaria el grupo comparativo fue mejor que el grupo de metadona, es decir, el tiempo que el grupo comparativo duró en abstinencia voluntaria fue de 36 meses y el otro solamente 12, al término del período de diez años el grupo comparativo, el 26 %

mantuvo una abstinencia voluntaria continua durante 3 años o más mientras que sólo lo logró el 7 % de los individuos del grupo con metadona.

Entre los dos grupos no se observaron diferencias significativas en el uso de alcohol puesto que el grupo de metadona durante este período aumentó su uso, se reportó que los bebedores compulsivos fueron más en la fase de mantenimiento con metadona (49%), en relación a la fase de abuso de heroína (7%).

Los resultados parecen ser consistentes con la hipótesis de que el mantenimiento con metadona por un año o más impide la eventual rehabilitación de los individuos con dependencia a opioides, sin embargo, los beneficios para éstos pacientes pueden ser de mayor peso.

Por otra parte, Bell y colaboradores, investigadores de la Universidad del Nuevo Sur de Australia, trataron de estudiar el impacto del mantenimiento con metadona sobre el nivel de criminalidad cometido por adictos a la heroína; esto se analizó examinando una cohorte de adictos que ingresaron al programa de mantenimiento con metadona el cual se realizó entre 1986 y 1987, los sujetos adictos a heroína fueron distribuidos no aleatoriamente a dos tipos de clínicas; la número uno se caracterizó por administrar altas dosis de metadona en una duración de tratamiento indefinido además de permitir el uso ilícito de drogas. La explicación para esta clínica fue que el tratamiento proporcionó algún grado de estabilidad para aquellos individuos que frecuentemente conducían su vida en una forma caótica; Mientras la clínica dos prescribió bajas dosis de metadona en un tratamiento

limitado a un máximo de dos años y que obligatoriamente se retiraban a los pacientes cuya detección de metabolitos urinarios reveló el uso de heroína. El fundamento para esta política fue promover la rehabilitación hacia un estilo de vida libre de droga.

Para recolectar la información en relación a la criminalidad de estos pacientes se emplearon registros oficiales de sentencias del Departamento de policía las cuales se clasificaron en : 1. delitos contra la salud (tráfico); 2. delito de propiedad (robo); 3. delito de lesiones (a otros individuos); 4. delito de tráfico (de automóvil); 5. técnicos (se refiere a la libertad bajo palabra).

Se calculó la frecuencia de sentencias en cada uno de ellos dividido entre el número de años que pasó entre el primer registro de sentencia criminal al momento del estudio y se consideró como la prevalencia del crimen.

Se encontraron los siguientes resultados:

1 Los individuos no referidos al tratamiento de metadona tuvieron una reducción significativa en la frecuencia de los delitos de propiedad de drogas,

2 para aquellos que ingresaron al tratamiento se observó una tendencia a disminuir la frecuencia de crímenes en los grupos de mayor edad, hubo una reducción en el riesgo de arresto que conducía a una sentencia al mismo tiempo que se incrementaba su permanencia en el programa, los que abandonaron el tratamiento tuvieron un ascenso en la frecuencia de sentencias,

3 el impacto sobre la frecuencia de crímenes de propiedad fue considerando ambos tipos de programa dependiendo de la retención diferencial en el tratamiento.

En este estudio es de un especial interés el hallazgo de un marcado descenso en las sentencias criminales en aquéllos sujetos que no fueron admitidos al tratamiento, lo cual cuestiona la aparente efectividad de un prolongado tratamiento con metadona. Tal conclusión puede ser consistente con la creencia de que la respuesta adecuada al problema de abuso de drogas es la confrontación en la cual se enfatiza al usuario de los peligros de su conducta, en comparación con aquella idea de continuar el uso de un opiáceo aún prescribiendo en forma autorizada la metadona.

El hallazgo principal del estudio es que aquéllos que pertenecieron al programa de tratamiento mostraron disminución en su criminalidad, esto parece establecer que la variable más importante es la duración de la permanencia del sujeto a la dosis de metadona prescrita, es decir, la permanencia del tratamiento más que el ingreso al mismo es la clave para reducir el involucramiento criminal de los adictos de tal forma que los programas con metadona podrán ser más efectivos si se orientan a fomentar la permanencia de los pacientes en dichos programas.

En otro estudio realizado en Inglaterra con 575 toxicómanos por opiáceos en tratamiento de mantenimiento con metadona, se encontró que el 46 % de los pacientes comunicaron que al terminar el seguimiento trabajaron regularmente durante los 6 meses precedentes como mínimo. Esto es, en el momento de iniciar el tratamiento el 23 % de pacientes contaba con un trabajo regular, es decir, notificación

de un empleo ininterrumpido durante seis meses como mínimo, y al finalizar el seguimiento se encontró que el 46 % de los pacientes contaban con un trabajo regular.

Los resultados de este estudio indican que el tratamiento con metadona mejora la condición de los toxicómanos "en efecto, un mayor número de ellos comunicó tener un empleo después del tratamiento que antes de éste , tal vez porque habían conseguido estabilizar su consumo de drogas".(16)

En la mayor parte de las investigaciones se han establecido algunos indicadores de predicción con el fin de determinar el éxito de los tratamientos con metadona, a menudo se han utilizado criterios exigentes como la criminalidad y el empleo, sin embargo, de acuerdo a éstos no se ha reportado con claridad ni en forma temprana los efectos de los programas de tratamiento con metadona.

Raymond Reno, de la Universidad de Arizona, buscó analizar las actividades de la vida diaria, la autopercepción sobre la salud y la calidad de vida de adictos a la heroína tanto, dentro y fuera de un tratamiento con metadona.

En esta investigación se elaboraron algunos criterios en relación a los aspectos de la vida cotidiana que podrían ser sensibles para detectar cambios en la forma temprana en el tratamiento con metadona.

De esta forma se consideraron las siguientes dimensiones:

- actividades domésticas (quehaceres, cuidado de niños)
- actividades de ocio (visitar a la familia, jugar algún deporte)

- involucración criminal combinado con uso ilícito de drogas o con otros delitos (encubrimiento y robo)
- calidad de vida (satisfacción en el hogar o con los amigos)
- estado de salud (apetito y dificultad para dormir)
- interacción social negativa (fiestas, juego, beber)

Estas dimensiones fueron estudiadas en tres momentos: 1. al ingresar al tratamiento; 2. en un promedio de 9 semanas más tarde y, 3. 34 semanas después.

En cada una de éstas etapas se hicieron entrevistas en las cuales los pacientes reportaron su funcionalidad durante los dos meses previos a la entrevista. Esta se aplicó a 219 pacientes del área urbana de Philadelphia que ingresaron en 1976, fueron reentrevistados en el tiempo dos y tres. Estos son los que pudieron contactar de 431: la edad media fue de 28 años, el 52 % de ellos solamente llegaron a la preparatoria y sólo el 17 % fueron empleados; el 57 % había tenido uno o más arrestos dos años antes de ingresar al tratamiento, el 98 % usaron heroína, con una media de edad de uso semanal de heroína de 20 años.

Los resultados indicaron que se presentaron cambios significativos en las dimensiones incluidas en el estudio, en una dirección positiva establecidos tan sólo dos meses después del ingreso al tratamiento.

En ese sentido se propone que los cambios en las actitudes de la vida cotidiana pueden ser indicadores tempranos del impacto del tratamiento con metadona y pueden anticipar cambios en los criterios usuales (empleo). Dado que en otros estudios se ha observado que se requiere de un año por lo menos para encontrar efectos discernibles en relación al tratamiento cuando se analizó la criminalidad de los adictos.

El mantenimiento con metadona es fácilmente accesible para heroínómanos como una estrategia farmacológica, aún cuando los reportes son muy variados, ofrece un cierto beneficio en términos de indicadores de la calidad de vida, incluso en los beneficios de un empleo legítimo.

No obstante la metadona es un fármaco con un potencial adictivo y para alcanzar una vida libre de esa droga está, la necesidad de desintoxicarse de la misma. Los estudios, sin embargo, han señalado que la probabilidad de que un individuo disminuya la dosis de metadona a cero miligramos es incierta.

En un estudio efectuado en la Universidad de California, en 1993, se analizó a un grupo de adictos a heroína que ingresaron a un programa para el retiro del uso de metadona. La población consistió en 114 pacientes provenientes de 6 clínicas de San Francisco, Cal. con programas de mantenimiento con metadona.

La intervención consistió en un sistema de apoyo para que los pacientes tuvieran facilidad para conseguir el empleo o cambiarlo así como también recibir orientación acerca de como mejorar su estado de salud (alimentos nutritivos, realizar ejercicios, etc.).

El equipo incluyó un trabajador social, un psicólogo con maestría y dos paramédicos adiestrados en el tratamiento de adictos.

Los resultados mostraron que la proporción que redujo su dosis fue aproximadamente del 60%, el promedio en que se disminuyó la dosis fue de 32 mgrs. al ingreso, a 22 mgrs. al final.

De tal forma que se concluye que la eficacia de éste tipo de sistemas de apoyo dirigidos a desintoxicar a pacientes con la metadona son cuestionables. No obstante, hay casos individuales en los que hay una reducción de 85 mgrs. a cero miligramos alrededor de 10 meses después de que se han brindado los servicios a los pacientes.

Una posible estrategia para mejorar el impacto de estos servicios de apoyo es encontrar formas para mejorar la calidad de vida del tratamiento con metadona en términos de preparar a los pacientes desde esa etapa para un eventual retiro.

Evidencias recientes indican que la cohesión legal puede ser un factor que coadyuve a la efectividad del tratamiento con metadona en la misma forma que la admisión voluntaria. En base a esta idea, la Universidad de California, efectuó un estudio incluyendo 618 pacientes que fueron admitidos a un programa con metadona. Mediante una entrevista estos pacientes reportaron si percibían una cohesión legal para haber ingresado al tratamiento ésto se comparó con la información legal y oficial con la que ingresaron cada uno de ellos.

De esa forma los individuos se clasificaron en grupos de alta, moderada y baja cohesión legal. Por otro lado, se estudiaron las actividades criminales, uso de drogas y alcohol, así como también se midió su desempeño social. No se establecieron los resultados con diferencias entre los grupos, es decir, los pacientes bajo cohesión legal que ingresaron al tratamiento mostraron conductas en términos de uso de drogas, crímenes y desempeño social, muy similares a

aquellos que habían ingresado al tratamiento en forma voluntaria; de hecho, los niveles de actividad criminal disminuyeron aún más significativamente en los pacientes con alta y moderada coherción legal. Este hallazgo se asoció a que éstos grupos fueron estrechamente controlados por un supervisor legal.

Se propone que los resultados de esta investigación aporten argumentos a favor de la coherción legal como medio para analizar el ingreso al tratamiento con metadona.

En las dos últimas décadas ha habido una investigación extensa, en E.U. principalmente, acerca de los programas de metadona, sin embargo, poca de ésta, se ha enfocado a la cuestión de quién debería recibir el mantenimiento con metadona. Frecuentemente las regulaciones gubernamentales definen quién es el elegible para ingresar a tales programas pero esto no constituye una importante clarificación sobre los requisitos. El criterio más empleado es tomar en cuenta si se ha desarrollado en un individuo dependencia física a los opioides (Es descubierta por el síndrome de abstinencia que surge al interrumpir el uso de la droga o con la administración de un antagonista). Si este criterio se cumple entonces el individuo ingresa al programa. También, usualmente, se enfatiza que el mantenimiento con metadona debería ser ofrecido sólo a aquellos con problemas psicosociales severos.

En Westmead, Australia, se estudió un grupo de pacientes que fueron rechazados a ingresar a un tratamiento con metadona y se observaron cuales fueron los criterios utilizados en tales casos, éste

grupo de pacientes fue comparado con otra cohorte de sujetos valorados al mismo tiempo y aprobados para el ingreso al tratamiento con metadona. Todos los individuos fueron rastreados y entrevistados de dos a tres años después de su evaluación inicial.

Los resultados señalaron que al inicio del estudio los individuos que no ingresaron al tratamiento usaron con menor frecuencia drogas y fueron involucrados en menor grado en crímenes en comparación con aquéllos que sí habían sido admitidos en el programa. No obstante, la aparente menor severidad de los problemas en resultado a largo plazo en el grupo de rechazados, no fue bueno. En el seguimiento se observó que la mitad de tales sujetos terminaron ingresando al programa pero después de un retraso largo. La mayor parte de los sujetos fueron probablemente integrados a la sociedad y continuaron todavía con el uso de drogas ilícitas o estuvieron en prisión una mínima parte de ellos; lograron un grado de abstinencia de por lo menos 6 meses. En esta investigación se indicó que la selección de pacientes es importante en los programas de mantenimiento, es decir, cuando los pacientes eligen la modalidad de su tratamiento la retención en el programa se incrementa, esto parece explicar que el grupo de los individuos rechazados continuaron en forma prolongada el uso ilícito de drogas y retardaron su ingreso al tratamiento.

Por otra parte, el determinar quién debería recibir metadona es un problema que abarca la forma en que debe de determinarse aquellos tratamientos que deben estar accesibles y en relación al nivel del financiamiento, para éstos programas todo es parte de la política que se establezca.

Los programas de metadona se han extendido en muchas ciudades del mundo, primeramente como una medida de salud pública para ir en contra de la diseminación de la infección con VIH y es tal vez en esta circunstancia en la cual se debe hacer un esfuerzo para enfatizar que los programas con metadona minimizan el daño asociado con el uso ilícito de drogas en lugar del criterio duro de enfocarlo hacia la curación de la adicción. Esto implicaría dejar a un lado la ansiedad derivada de que en este tipo de programas únicamente se sustituye una droga por otra.

Comúnmente, los individuos que usan droga intravenosamente son de los grupos con mayor riesgo de infectarse con el SIDA. El compartir agujas así como prácticas sexuales de alto riesgo explicarían dicho peligro. El compartir las agujas es una conducta frecuente en aquéllos usuarios de drogas intravenosas y ésta conducta parece continuar en una gran parte de esta población a pesar del conocimiento de los factores de riesgo de la diseminación del VIH, y de las estrategias efectivas de prevención. En este sentido el mantenimiento con metadona puede constituir un tratamiento que tenga un papel importante en la disminución del uso de agujas en consecuencia disminuir la transmisión del VIH. En algunos estudios efectuados en Denver, Colorado, se ha encontrado que los individuos bajo el tratamiento con metadona presentaron una menor prevalencia de seropositividad comparados con aquéllos adictos no admitidos a tales programas.

Otro de los factores que deben considerarse en relación a las características de los pacientes incluye la existencia de comorbidad.

Los adictos a opioides son frecuentemente diagnosticados con abuso de alcohol y/o cocaína, depresión y una alteración de la personalidad antisocial, ésta última ha sido reportada hasta en un 30 % al 50 % de las poblaciones que abusan de los opioides.

El uso de la metadona para tratar la adicción de narcóticos es controversial, de hecho existe desacuerdo acerca de diversos aspectos de tal tratamiento incluyendo su efectividad, sus propósitos (mantenimiento contra la abstinencia), su evaluación, los niveles de dosis efectivos, su regulación gubernamental, y su empleo para prevenir la infección por VIH. No obstante, parece haber acuerdo sobre dos características: la primera, que los pacientes que se mantienen en el tratamiento es menos probable que retornen al uso ilícito de drogas, la segunda, para los pacientes que se administran intravenosamente las drogas, el tratamiento con metadona constituye una importante aproximación para prevenir la transmisión del VIH.

REFERENCIAS

- (1) ALVAREZ AMESQUITA, J., Historia de la salubridad y de la asistencia en México, p. 350
- (2) EXCELSIOR, 20 de sept de 1931, 1a. plana.
- (3) EXCELSIOR, 25 de septiembre de 1931, primera plana.
- (4) FLORES GARZA, Rigoberto. Estudio médico social ..., p.45-46
- (5) MEXICO, SSA. Memorias 1968-69, p.156-157
- (6) MEXICO, SSA, Memorias 1968-69, p. 160
- (7) DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, México, Oct 27 de 1931
- (8) MEXICO, Diario Oficial de la Federación, 20 de agosto de 1934
- (9) FLORES GARZA, Rigoberto. Estudio médico social..., p. 60
- (10) DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION. México, Mayo 15 1945
- (11) GARCIA LIÑAN, Carmen, Opiaceos, p. 91
- (12) Ibid., p. 93
- (13) Ibid., p. 93
- (14) Ibid., p. 100
- (15) CAPLEHORN, John. "Clinic policy and retention...", p.78
- (16) WIEPERT, G.D. "Situación de 575 toxicómanos...", p.24

CAPITULO 5

INVESTIGACION REALIZADA SOBRE EL PROGRAMA DE TRATAMIENTO SUSTITUTO CON MORFINA

5.1 OBJETIVOS

La investigación realizada permitió conocer lo que es el Programa de Tratamiento Sustituto con Morfina y, a partir de ello, analizar la influencia que este ha tenido en la familia de los farmacodependientes, en ellos mismos y sobretodo en la sociedad.

Se indagó su historia por medio de las visitas realizadas a los archivos e instituciones necesarios, así como a través del testimonio oral de los pacientes y de sus familiares.

El ámbito familiar de los farmacodependientes se pudo conocer a través de dos medios: visitas domiciliarias y, entrevistas con ellos en el Centro de Atención Toxicológica. De esta manera se conoció el impacto que éste ha tenido en las familias.

Por lo anterior, se puede afirmar que, los objetivos planteados al principio de la investigación se cumplieron satisfactoriamente.

5.2 HIPOTESIS

El conocimiento del Programa Tratamiento Sustituto con Morfina y su análisis, permitió comprobar que el nacimiento de este programa no obedeció a un propósito formal y oficial, de tratar integralmente a los pacientes adictos.

Es decir, las diversas fuentes de información que se emplearon no aportaron evidencia de que tal tratamiento sustituto se basó en una estrategia de atención médica y social, cuidadosamente estudiada.

Por otro lado, tampoco se hallaron indicios de que a lo largo del programa, los pacientes incluidos hubieran sido sometidos a medidas de desintoxicación para lograr una readaptación social.

Asimismo, la investigación de cada uno de los casos provee datos acerca de que el equilibrio emocional, social y económico, así como la estructura familiar, se han visto afectados en estos pacientes. Este daño se manifiesta en grados diferentes de acuerdo a las circunstancias de cada uno de ellos.

Por tanto, se puede afirmar que las hipótesis:

"El Programa Tratamiento Sustituto con Morfina no logró el objetivo de rehabilitar a las personas que tuvo a su cargo debido a su mal seguimiento" y,

"La adicción de los pacientes adscritos al programa ha afectado negativamente a su familia",

fueron comprobadas.

5.3 METODOLOGIA

La investigación realizada fue de tipo retrospectiva, y descriptiva debido a que se expusieron las características de los fenómenos.

El grupo de estudio consistió en el total de los pacientes (18) que pertenecieron al Programa Tratamiento Sustituto con Morfina. Al inicio de la investigación se dio de baja a uno de los pacientes por lo que se le excluyó del estudio, quedando así, únicamente 17 pacientes.

Se elaboró el instrumento para recopilar la información y se piloteó en el 23.53% (4) de los pacientes; se hizo la validación del instrumento y se aplicó al 100% de los sujetos estudiados. Se manejó una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas.

Fue un investigación bibliográfica, hemerográfica y de campo. Bibliográfica debido a que se realizaron búsquedas bibliográficas en la Biblioteca Nacional, Biblioteca de la Escuela Nacional de Trabajo Social, Biblioteca de la Facultad de Medicina, Centro de Información y Documentación del Instituto Mexicano de Psiquiatría, Sistema Nacional de Información y Documentación Sobre Adicciones del Consejo Nacional Contra las Adicciones, Centro de Información en Intercambio de los Centros de Integración Juvenil, entre otras.

Investigación hemerográfica, realizada en la Hemeroteca Nacional y en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, revisando periódicos y documentos oficiales de la época; y, de campo realizando visitas domiciliarias a 16 de los 17 pacientes del programa y también diversas entrevistas en el Centro de Atención Toxicológica - Xochimilco a los pacientes y a sus familiares, además entrevistando a funcionarios de la Dirección General de

Insumos de la Secretaría de Salud que de alguna u otra manera tuvieron algún contacto con la dirección del programa de Tratamiento Sustituto con Morfina. Entre ellos: Dr. Miguel Gómez (Jefe de la Oficina de Insumos y Medicamentos de la Secretaría de Salud 1986-1991), Dr. Jaime Cazares (Director del Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno"), Dr. José Antonio Talayero Uriarte (Ex-Director del Hospital Campestre "Dr. Samuel Ramírez Moreno"), Sr. Gustavo Abascal (Comisario del Manicomio General "La Castañeda"), Dr. Chávez Almazán (Subdirector del Manicomio General "La Castañeda"), QFB. María Candelaria Martínez Corona (Jefe del Departamento del Control de Estupefacientes y Psicotrópicos de la Secretaría de Salud), entre otros. Además de múltiples pláticas informales con la Dra. Ma. Elena Trejo (Coordinadora de los Centros de Atención toxicológica: Jóvenes

por la salud, del Departamento del Distrito Federal) y al Dr. David Servín (Médico del Centro de Atención Toxicológica - Xochimilco).

Gran parte de la investigación fue obtenida a través de la historia oral que según Philippe Jourtard en su libro "esas voces que nos llegan del pasado", dice que, es:

Una encuesta llevada a cabo por un testigo que cuenta lo que él mismo vio y supo en el curso de una situación vivida. Toda encuesta oral va obligatoriamente acompañada de una investigación de documentos escritos como antecedentes, para encontrar una evolución y así medir la distancia entre el discurso y la realidad.

Las preguntas que se planteen deben estar organizadas en forma coherente y lógica a través de una guía de entrevista que contenga cuestionamientos claros y amplios, de tal forma que el tono de la entrevista sea el de una conversación.

El investigador debe tener una gran disposición de escuchar y así desencadenará en el informante un deseo de hablar y contar lo callado.

Cabe señalar que la investigación tuvo un alto grado de complejidad debido a que los pacientes en estudio son agresivos, mentirosos y manipuladores, además de que la mayoría de las veces, al momento de la entrevista, se encontraban bajo los efectos de la droga o presentando un síndrome de abstinencia. De tal manera que, para tratar de mejorar la confiabilidad de la información que ellos proporcionaron, se contrastaron los datos con otras fuentes de información como expedientes y archivos.

Se vio la posibilidad de obtener la información de los expedientes legales de los pacientes sin conseguirlo, debido a que no se permitió el acceso a ellos.

Se obtuvo también información de las historias clínicas que les efectuaron al ser transferidos al Centro de Atención Toxicológica- Xochimilco.

Para el análisis de los resultados, se trabajó la estadística descriptiva: medidas de tendencia central (media aritmética, moda, mediana) y medida de dispersión (rango); también se manejó la asociación de variables y, finalmente se elaboraron cuadros y gráficas.

5.4 PRESENTACION DE RESULTADOS

Cuadro # 1

Sexo

Variable	f	%
Masculino	13	76.47
Femenino	4	23.53
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en el CAT, mayo-agosto, 1993

El sexo que predominó fue el masculino en una relación de cuatro hombres por cada mujer.

Cuadro # 2

Edad

Variable	f	%
37 a 51 años	5	29.41
52 a 66	9	52.94
67 a 81	2	11.76
82 a 96	1	5.88
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en el CAI, mayo-agosto 1993

El intervalo que tuvo una mayor frecuencia fue el de 52 a 66 años con un 52.94%, seguido del de 37 a 51 años.

Cuadro # 3

Lugar de origen

Variable	f	%
Distrito Federal	11	64.71
Guanajuato	1	5.88
Oaxaca	1	5.88
Puebla	1	5.88
Sinaloa	1	5.88
Zacatecas	2	11.76
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 64.71% de los pacientes nacieron el D.F.

Cuadro # 4

Escolaridad

Variable	f	%
Analfabeta	1	5.88
Analfabeta funcional	2	11.76
Primaria Incompleta	10	58.82
Sec. Incompleta	1	5.88
Prepa. Incompleta	2	11.76
Técnico Incompleto	1	5.88
Total	17	99.98

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

La primaria incompleta es la escolaridad que con mayor frecuencia se presenta entre los pacientes (58.82%).

Cuadro # 5 Ocupación

Variable	f	%
Pensionado	1	5.88
Empleado	2	11.76
Artesano	2	11.76
Hogar	2	11.76
Campesino	1	5.88
Comerciante ambul.	6	35.29
Subempleado	1	5.88
Sin ocupación	2	11.76
Total	17	99.97

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El comercio ambulante fue la ocupación que resaltó de entre las demás con un 35.29%.

Cuadro # 6

Estado civil

Variable	f	%
Casado	7	41.18
Soltero	2	11.76
Separado	3	17.65
Unión libre	3	17.65
Viudo	2	11.76
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El estado civil predominante fue el de casados con un 41.18%.

Cuadro # 7

Domicilio por delegación

Variable	f	%
Alvaro Obregón	1	5.88
Azcapotzalco	1	5.88
Coyoacán	1	5.88
Gustavo A. Madero	2	11.76
Iztapalapa	2	11.76
Venustiano Carranza	1	5.88
Cuauhtémoc	4	23.53
Estado de México	4	23.53
Estado de Jalisco	1	5.88
Total	17	99.98

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

Los lugares de mayor concentración poblacional de estos pacientes fueron la delegación Cuauhtémoc y el Estado de México con un 23.53% respectivamente.

Cuadro # 8

Religión

Variable	f	%
Católica	16	94.12
Ateo	1	5.88
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

La religión que predomina entre los pacientes es la católica con un 94.12%.

Cuadro # 9

Tipo de familia de origen

Variable	f	%
Familia integrada	7	41.18
Familia desintegrada	9	52.94
Se ignora	1	5.88
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 52.94% de las familias de origen de los pacientes fueron desintegradas.

Cuadro # 10

Fueron abandonados por sus padres

Variable	f	%
Si	2	11.76
No	14	82.35
Se ignora	1	5.88
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en el CAT, mayo-agosto 1993

Se demostró que el 88.35% de los pacientes no fueron abandonados por sus padres.

Cuadro # 11

Padres adictos

Variable	f	%
Padre alcohólico	9	52.94
Padre adicto heroína	1	5.88
Padre no adicto	7	41.18
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 52.94% de los padres de estos pacientes eran alcohólicos.

Cuadro # 12

La relación con sus padres fue

Variable	f	%
Positiva	5	29.41
Negativa	5	29.41
Imprecisa	5	29.41
Se ignora	2	11.76
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El tipo de relación que los pacientes tuvieron con sus padres no revela algo en concreto debido a que las frecuencias de las variables negativa, positiva e imprecisa fue similar.

Cuadro # 13

Nivel socioeconómico de la familia original

Variable	f	%
Bajo	9	52.94
Medio bajo	3	17.65
Medio	3	17.65
Medio alto	1	5.88
Se ignora	1	5.88
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

Un poco más de la mitad de los pacientes (52.94%) provienen de familias con nivel socioeconómico bajo.

Cuadro # 14

Sus padres detectaron su adicción

Variable	f	%
Si	3	17.65
No	10	58.82
Se ignora	4	23.53
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

En el 58.82% de los casos, los padres no detectaron el problema de farmacodependencia.

Cuadro # 15

Edad de inicio al consumo de heroína

Variable	f	%
Púber	2	11.76
Adolescente	10	58.82
Adulto	5	29.41
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

Poco más de la mitad de los pacientes (58.82%), comenzaron su adicción a la heroína en la adolescencia.

Cuadro # 16

Causas por las que comenzó su adicción

<u>Variable</u>	<u>f</u>	<u>%</u>
Tratamiento médico	1	5.88
Curiosidad	1	5.88
Pareja adicta	2	11.76
Prisión	3	17.65
Malas compañías	10	58.82
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 58.82% de los pacientes iniciaron su adicción por las malas compañías, según lo referido por ellos.

Cuadro # 17
Número de drogas utilizadas antes del programa

<u>Variable</u>	<u>f</u>	<u>%</u>
Una droga	7	41.18
Dos	3	17.65
Tres	1	5.88
Cuatro	4	23.53
Seis	2	11.76
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 41.18% de los pacientes antes de su ingreso al programa utilizaban únicamente una droga.

Cuadro # 18

Drogas utilizadas antes del programa

Variable	f	%
Alcohol	7	41.18
Benzodiacepinas	6	35.29
Cocaína	2	11.76
Heroína	16	94.12
Inhalantes	2	11.76
Marihuana	6	35.29
Morfina	5	29.41

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

La droga que consumían con mayor frecuencia antes de su ingreso al programa fue la heroína (94.12%).

Cuadro # 19

Cómo obtenía el dinero para comprar droga

Variable	f	%
Robando	10	58.82
Prostituyéndose	2	11.76
Venta cosas robadas	1	5.88
Trabajando	2	11.76
Por Hosp. Militar	1	5.88
Se ignora	1	5.88
Total	17	99.98

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El robo fue la actividad que con mayor frecuencia realizaban los pacientes para obtener los recursos que les permitiera comprar la droga.

Cuadro # 20

Su pareja se enteró de su adicción

Variable	f	%
Antes de unirse	12	70.59
Después de unirse	2	11.76
Se ignora	3	17.65
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 70.59% de las parejas de los pacientes, se enteraron del problema de adicción antes de unirse a ellos.

Cuadro # 21

Antecedentes penales

Variable	f	%
Si	15	88.24
No	2	11.76
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

La mayoría de los pacientes (88.24%) tuvo problemas de tipo legal antes de ingresar al programa.

Cuadro # 22

Ingresos a prisión antes del programa

Variable	f	%
Una ocasión	2	11.76
Dos ocasiones	9	52.94
Tres ocasiones	3	17.65
Ninguna	3	17.65
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

Más de la mitad de los pacientes tuvieron dos a más ingresos a prisión antes del programa.

Cuadro # 23

Delitos cometidos

Variable	f	%
Ataque c/arma blanca	1	5.88
Prostitución	2	11.76
Carterista	7	41.18
Robo de mercancía	1	5.88
Robo a banco	2	11.76
Delito contra salud	2	11.76
Niegan	2	11.76
Total	17	99.98

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El delito cometido con mayor frecuencia fue el de carterista con un 41.18%.

Cuadro # 24

Por qué medio se enteró del programa

Variable	f	%
Hosp Fray Bernardino	3	17.65
Inst. Neurología	2	11.76
Hosp. Militar	1	5.88
Otro permisionario	10	58.82
Se ignora	1	5.88
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

La mayoría de los pacientes se enteraron del programa a través de otros permisionarios.

Cuadro # 25
Año de ingreso al programa

Variable	f	%
1953 - 1964	1	5.88
1965 - 1974	4	23.52
1975 - 1984	9	52.94
1985 - a la fecha	3	17.65
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El período en que hubo más ingresos al programa fue el comprendido entre los años de 1975 a 1984 (52.94%).

Cuadro # 26
Años de adicción a opioides

Variable	f	%
16 a 30 años	3	17.65
31 a 44	10	58.82
45 a 58	2	11.76
59 a 72	2	11.76
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

La prevalencia de años de los pacientes a los opioides, osciló entre los 31 a 44 años con un porcentaje de un 58.82%.

Cuadro # 27

Condición para otorgarle el permiso

Variable	f	%
No delinquir	15	88.24
Sin condición	2	11.76
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

Al 88.24% de los pacientes se les condicionó no delinquir para la obtención del permiso.

Cuadro # 28

Le realizaron algún estudio al ingresar

Variable	f	%
Si	1	5.88
No	16	94.12
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

Casi la totalidad de los pacientes (94.12%) no fue sometido a la realización de exámenes médicos para su ingreso al programa.

Cuadro # 29

Número de hijos de los pacientes

Variable	f	%
Un hijo	1	5.88
Dos hijos	2	11.76
Tres hijos	2	11.76
Cuatro hijos	2	11.76
Cinco hijos	2	11.76
Seis hijos	3	17.65
Siete hijos	1	5.88
Diez hijos	2	11.76
Sin hijos	2	11.76
Total	17	99.97

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El número de hijos de los pacientes osciló entre 1 a 10, encontrándose la mayor frecuencia en seis hijos.

Cuadro # 30

Sus hijos están enterados de su adicción

Variable	f	%
Si	9	52.94
No	5	29.41
Sin hijos	2	11.76
Se ignora	1	5.88
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 52.94% de los hijos de estos pacientes, sí están enterados de la adicción de sus padres, en tanto que el 29.41% de ellos lo ignoran; cabe señalar que dentro de este último porcentaje se encuentran menores de edad.

Cuadro # 31

Opinión de los hijos sobre su adicción

Variable	f	%
Lo respetan	5	29.41
Están en desacuerdo	1	5.88
Que es un vicioso	1	5.88
No opinan nada	2	11.76
Ignoran el problema	5	29.41
No tienen hijos	2	11.76
Se ignora	1	5.88
Total	17	99.98

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 29.41% de los hijos de los pacientes respetan la adicción de sus padres, en tanto que el mismo porcentaje de hijos ignoran el problema. Cabe señalar que en este último porcentaje hay menores de edad.

Cuadro # 32

Comunicación con hijos sobre adicción

Variable	f	%
Si	6	35.29
No	9	52.94
Sin hijos	2	11.76
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 52.94% de los pacientes no mantienen una comunicación con sus hijos sobre su adicción.

Cuadro # 33

Situación actual con su pareja

Variable	f	%
Estable	9	52.94
Poco armónica	1	5.88
Esporádica	2	11.76
Sin pareja	5	29.41
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

Más de la mitad de los pacientes (52.94%), mantienen una relación estable con su pareja, mientras que el 29.41% de éstos no tienen pareja.

Cuadro # 34

Vida sexual activa

Variable	f	%
Si	6	35.30
No	11	64.70
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 64.70% de los pacientes no sostienen una vida sexual activa.

Cuadro # 35

Cambios en actividad sexual sin morfina

Variable	f	%
Aumenta apetito sex.	6	35.30
Disminuye apetito	5	29.40
Inactivos	6	35.30
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

Existió casi una semejanza entre los pacientes a los que les disminuye y a los que les incrementa el apetito sexual con la falta de la morfina.

Cuadro # 36

Cómo se sostiene económicamente

Variable	f	%
Trabaja	12	70.59
Lo sostiene	3	17.65
Pensionado	1	5.88
Protección social	1	5.88
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 70.59% de los pacientes trabaja para sostenerse económicamente.

Cuadro # 37
Enfermedades posiblemente asociadas a drogas

Variable	f	%
Estreñim. crónico	2	11.76
Colecistitis	2	11.76
Desnutrición	10	58.82

Expedientes clínicos, marzo de 1993

El 58.82% de los pacientes presentan una desnutrición, ésto probablemente asociado con el uso de la morfina.

Cuadro # 38

Otras enfermedades de los pacientes

Variable	f	%
Músculo-esqueléticas	4	23.53
Traumatismo, lesiones	13	76.47
Pulmonares	6	35.29
Transmisión sexual	4	23.53
Infeciosas	6	35.29
Cardiovasculares	2	11.76
Quirúrgicas	5	29.41
Metabólicas	6	35.29
Sist. Nerv. Central	3	17.65
Gástricas	2	11.76
Oftálmicas	3	17.65

Expedientes clínicos, marzo de 1993

Otra de las enfermedades que los pacientes presentaron con mayor frecuencia son los traumatismos y las lesiones con un 76.47%

Cuadro # 39

Trastornos de personalidad

Variable	f	%
Premórbida	2	11.76
Sociopática	8	47.06
Depresiva	1	5.88
Ningún trastorno	6	35.29
Total	17	99.99

Expedientes clínicos, marzo de 1993

Casi la mitad de los pacientes (47.06%) presentan una personalidad sociopática.

Cuadro # 40

Quién le administra la dosis

Variable	f	%
Su pareja	8	47.06
El solo	4	23.53
Su hija	3	17.65
Su médico	1	5.88
Su madre	1	5.88
Total	17	100.00

Fuente: investigación realizada en CAT may-agosto 1993

La pareja de los pacientes es la que con mayor frecuencia les controla la dosis (47.06%).

Cuadro # 41

Inyecciones de morfina al día

Variable	f	%
2 o 3 veces	1	5.88
3	11	64.71
3 o 4	3	17.65
4	1	5.88
4 o 5	1	5.88
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 64.71% de los pacientes se inyectan tres veces al día la morfina.

Cuadro # 42
Número de drogas utilizadas además de morfina

Variable	f	%
2	5	29.41
3	7	41.18
4	4	23.53
Ninguna	1	5.88
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 41.18% de los pacientes además de la morfina utilizan tres drogas más como mínimo.

Cuadro # 43

Drogas utilizadas además de morfina

Variable	f	%
Alcohol	4	23.52
Anfetaminas	1	5.88
Benzodiacepinas	16	94.12
Cocaína	1	5.88
Marihuana	9	52.94
Tabaco	16	94.12

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

Las benzodiacepinas son las drogas que los pacientes consumen con mayor frecuencia además de la morfina (94.12%).

Cuadro # 44

Ha intentado la rehabilitación

Variable	f	%
Si	7	41.18
No	10	58.82
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 58.82% de los pacientes no se ha sometido a ningún tratamiento de rehabilitación.

Cuadro # 45

A través de qué medio trató rehabilitarse

Variable	f	%
Médico particular	3	17.65
C. I. J.	1	5.88
Granja	1	5.88
Por sí solo	2	11.76
Sin Intento	10	58.82
Total	17	99.99

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El mayor porcentaje de los pacientes trató la rehabilitación con un médico particular.

Cuadro # 46

Dispuesto a rehabilitarse

Variable	f	%
Si	2	11.76
No	15	88.24
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 88.24% de los pacientes no están dispuestos a una rehabilitación.

Cuadro # 47

Intento de suicidio

Variable	f	%
Si	4	23.53
No	13	76.47
Total	17	100.00

Fuente: Investigación realizada en CAT may-agosto 1993

El 23.53% de los pacientes mostró haber tenido algún intento de suicidio.

5.5 ANALISIS E INTERPRETACION

La mayor frecuencia del sexo masculino posiblemente confirme la idea de que este género predominantemente, se introduce a la subcultura de las drogas. No obstante, el pequeño porcentaje de mujeres es difícilmente extrapolable dado el pequeño número de pacientes, sin embargo, es evidente que la característica del género no se puede tomar en forma aislada sino en relación con otras variables socioeconómicas. (Ver gráfica # 1) Por ejemplo, en todos los casos de mujeres está el antecedente de la prostitución.

Respecto a la edad, es importante recalcar que el 52.94% de los pacientes se encuentra en edad adulta con un franco desplazamiento a la tercera edad. Esto demuestra el hecho del tiempo tan prolongado en que los pacientes han permanecido bajo el permiso oficial del uso de la morfina. En otras palabras, este resultado refleja un antecedente de permanencia y no puede considerarse como una variable que haya determinado la adicción. (Ver gráfica #2)

Sin embargo, durante el tiempo, de permanencia en el programa, de acuerdo a las versiones de los pacientes, no fueron sometidos a exámenes médicos con regularidad, lo cual creó una situación inconveniente, porque se descuidaron los aspectos de control de enfermedades. Esto tiene una especial relevancia dado que el consumo de morfina durante tanto tiempo ocasiona, desde el punto de vista farmacológico, ciertas consecuencias sobre diversos aparatos y sistemas del organismo que ameritan ser atendidas con oportunidad. Así, se tiene el dato que en algunos pacientes se hace presente el padecimiento de estreñimiento crónico y colecistitis, los cuales son producidos por la acción de la morfina sobre el intestino y la vesícula biliar que producen molestias constantemente en ellos. (Ver gráfica # 37)

Por otro lado, es importante acentuar que el 58.82% de los individuos se les diagnosticó desnutrición, esto, en gran parte, debido posiblemente a las condiciones de alimentación deficientes, pero también, de acuerdo a los conocimientos farmacológicos, la morfina produce alteraciones que coadyuvan al desarrollo de ésta.

En el aspecto médico, también se encontró una frecuencia significativa (76.47%) de lesiones y traumatismos que probablemente reflejan los incidentes de riesgo delictivo, en que se vieron involucrados los pacientes. Asimismo, se detectó un alto porcentaje de enfermedades metabólicas, quirúrgicas, músculo-esqueléticas, infecciosas, que ameritan un tratamiento estrecho y medidas para prevenir sus complicaciones. Esto último, no se ha realizado, y muchas de tales enfermedades evolucionan sin una atención médica oportuna. (Ver gráfica #38)

En la historia clínica psiquiátrica también se reportó, que cerca de la mitad de los pacientes presentaron conductas sociopáticas (47.06%), lo cual significa que los individuos muestran conductas antisociales generalmente antes de los 15 años de edad sin acompañarse de síntomas de retraso mental o enfermedades psiquiátricas, esto fue lo que se consideró para hacer el diagnóstico de conducta sociopática que generalmente se determina por una predisposición de tipo genético, es decir, que hay rasgos de nacimiento que pueden generar una conducta sociopática pero es muy difícil separar el efecto del ambiente familiar y social que también fue muy negativo en estos pacientes. (Ver gráfica #39)

Por otro lado puede llamar la atención el hecho de que algunos pacientes reportaron intento de suicidio. (Ver gráfica #47) Esto no puede considerarse sin embargo, como una real búsqueda de la muerte sino tal vez con el fin de comunicar ansiedad, mitigar un aislamiento, y evitar un cambio de nivel social.

En lo que se refiere al lugar de origen más común entre estos pacientes, se ubicó en el Distrito Federal con un 64.71%. Es de llamar la atención que sólo uno de los pacientes proviene del Estado de Sinaloa. Podría esperarse que dado el tipo de fármaco que empezaron a consumir (heroína), estos pacientes pertenecieran al norte de la República Mexicana. Pero encontrar lo contrario en este estudio parece indicar que décadas atrás el uso ilícito de heroína en la capital de la República era mucho más frecuente que el que existe ahora, esta condición, al paso del tiempo, indujo a los pacientes ante la falta de heroína en el mercado metropolitano, a trasladarse a lugares como Guadalajara y Tijuana, según a sido reportado por muchos de ellos.

En resumen, la variable lugar de origen puede incluirse como el lugar, en que inicialmente hicieron abuso de la heroína, pero estos pacientes se han transportado actualmente hacia otros lugares. (Ver gráfica #3)

La escolaridad es un factor, que si bien, no es específico, sí señala que estos pacientes, en un 58.82%, han carecido de la educación más elemental, no obstante debe considerarse como parte de otros indicadores que ubican a tales pacientes en un estrato con características sociales y económicas pobres que impedirían un acceso a los servicios educativos. (Ver gráfica #4)

El estado civil de los pacientes es diverso, puede sorprender el dato de que alrededor del 40% son casados. En este aspecto no fue fácil distinguir si ha sido estable esa condición. Aunque por otro lado, reuniendo a aquellos separados, unión libre y viudos, es significativo el número y puede señalar algunas dificultades en su integración familiar. (Ver gráfica #6)

La ocupación también representa diferentes características. Abundan las ocupaciones de tipo temporal, sin ingreso fijo y las de carácter eminentemente

comercial, en un 35.29%, ésto señala: una baja participación en el proceso productivo de la sociedad, y por el otro lado un ingreso económico pobre.(Ver gráfica #5)

El domicilio por delegación, tal vez no es un dato que señale algún rasgo social en particular, sin embargo, la mayor parte de ellos (23.53%) se ubican en aquellas delegaciones que epidemiológicamente hablando, se consideran de alto riesgo en la prevalencia de la drogadicción. Como son : Gustavo A. Madero, Iztapalapa y Cuauhtémoc.

La religión es mayoritariamente católica y a pesar de ello se piensa que no puede asociarse con el problema de la drogadicción; puesto que no hay circunstancias de creencias religiosas que eviten el problema.(Ver gráfica #8)

Las anteriores variables han sido de carácter muy general, pero también se encontró información que se enfoca en forma considerada sobre las circunstancias que giran alrededor del problema de drogadicción.

Entre los antecedentes familiares se clasificó al 40% de los pacientes dentro de una familia integrada y el 52% a una familia desintegrada. Esto parece establecer que una desintegración familiar no condujo necesariamente a la adicción a heroína. Esto es importante recalcarlo porque se esta hablando de la familia original y no es fácil definir como un buen porcentaje de los pacientes correspondieron a una familia integrada, casi un porcentaje similar a aquellos que se refirieron como una familia desintegrada; es decir, este dato no parece ser suficiente para explicar como este grupo evolucionó hacia el problema.(Ver gráfica #9)

Por lo tanto, otras variables debieron intervenir para que ello sucediera. De esta forma se encontró que la mayor parte de los pacientes (88.24%) reconocieron haberse involucrado en delitos penales, entre ellos los más

frecuentes fueron carterista (41.18%), seguido de otro tipo de robos, delitos contra la salud, ataque con arma blanca. La frecuencia de ingreso a prisión fue en la mitad de ellos de dos ocasiones.(Ver gráficas #21,22,23)

La edad de inicio para el abuso de heroína osciló alrededor de los 18 años (Ver gráfica #15). Estas características reunidas o en conjunto, es posible que proporcionen información acerca del origen del problema, es decir, un individuo perteneciente a una familia desintegrada con involucramiento en delito penales y una edad de inicio joven, pueden constituir probablemente los factores de riesgo más importantes, pero no los únicos ya que hay casos en que los miembros de una familia integrada con o sin antecedentes penales también se involucraron con el abuso de heroína.

Todo lo anterior representa la complejidad que encierra la tarea de conocer el origen del abuso de heroína y se suman además los motivos que los pacientes informaron, fueron causa de su adicción entre los cuales prevalecieron los reportes de "malas compañías" en un 58.82% , lo que en forma muy gruesa refleja un ambiente muy negativo en términos sociales en que los pacientes de este grupo se desarrollaron.

También llama la atención que casi la tercera parte de ellos informaron que el comienzo de su adicción se debió a la convivencia con una pareja adicta, o haber estado en prisión.(Ver gráfica #16)

La situación de la familia original también debe tomarse en cuenta y parece claro el condicionante de un estrato socioeconómico bajo, que se acompaña al surgimiento de este problema, la mayor parte de estos pacientes pertenecieron a una familia de condiciones bajas, algunos de nivel medio pero prácticamente ninguno de nivel alto.(Ver gráfica #13)

Por otro lado, la relación con sus padres aparentemente no es un factor que con claridad evidencie que haya sido determinante para el surgimiento del

problema, puesto que no hay diferencia entre si fue negativo, positivo o impreciso.(Ver gráfica #12) Tampoco parece haber sido un factor de consideración el hecho de que hayan sido abandonados por sus padres, pues sólo en dos de ellos ocurrió.(Ver gráfica #10) Aunque es de interés mostrar que los padres en más de la mitad de los casos no detectaron el problema de drogadicción.(ver gráfica #14) Tal vez si esto hubiera ocurrido en forma temprana pudiera haberse modificado la evolución, aunque no es posible retrospectivamente establecerlo dado que otras variables de mayor peso como nivel socioeconómico y los antecedentes legales intervinieron.

El análisis de datos con respecto al Programa de Mantenimiento con Morfina son:

El año de ingreso al programa se remonta a la década de los 50's, una tercera parte de los pacientes ingresó en los años 60's y 70's pero la mayor parte de ellos fueron aceptados en el programa en los años de 1975 a 1984, solo dos de ellos han pertenecido al programa desde 1985 hasta la fecha; estos actos sugieren lo siguiente: hay dos tipos de poblaciones, parte de ellos con un ingreso muy temprano y otros de muy tardío ingreso, esto se asocia con las cifras que reflejan el tiempo que han permanecido los pacientes en el programa, así se puede ver que el promedio en que han permanecido los pacientes dentro del programa es casi de 16 años. (Ver gráfica #25)

En contraste, el tiempo que ha durado su dependencia fuera del programa fue mayor, alrededor de 24 años lo cual significa que su permanencia en el programa a pesar de haber sido muy largo, no ha superado el tiempo de su abuso a la heroína.

¿Cuál ha sido el posible impacto de este programa sobre algunas variables que se estudiaron de los pacientes? Uno de los primeros puntos es considerar que este programa aunque no fue planteado como un tratamiento profesional

de mantenimiento con morfina (como se señala en la historia oral del programa) en la realidad se perfiló con la idea de proporcionarles la morfina a cambio de que disminuyeran los índices delictivos y mantuvieran un empleo estable, según algunas versiones vertidas por los propios pacientes, además de condicionarles que no podían distribuir ilícitamente el fármaco, de acuerdo a esta situación, debe preguntarse si fue apropiado aplicar este tipo de tratamiento a tales pacientes, lo cual es difícil valorar retrospectivamente. (Ver gráfica #27)

Sólo existen algunos datos como el intento por dejar de consumir la droga, y el 40% reportó que sí habían dejado de consumirla, lo cual refleja que posiblemente un tratamiento integral en aquel momento tal vez habría ratificado la evolución del problema de la drogadicción en el grupo estudiado; pero al examinar los medios en que trataron de abandonar el uso de la droga se encontró que fueron con médicos particulares, granjas o espontáneamente sin que mediara ningún tratamiento médico y psicológico bien llevado. (Ver gráfica #44,45)

Por otra parte, es preciso preguntarse si algunos indicadores se modificaron a través del programa. En este sentido es muy importante comparar la clase de fármacos que estos individuos consumieron antes del ingreso al programa, contra los que actualmente emplean. (Ver gráfica #42,48) Por ejemplo, antes del programa se encontró el uso de heroína en la mayor parte de ellos y después de que ingresaron al programa ninguno de ellos reportó ese consumo, esto sin embargo, puede carecer de algún grado de confiabilidad por dos razones: una porque no pudo distinguirse si el examen de laboratorio positivo a opioides reflejaba el consumo de morfina o heroína y, por otro lado, dada la tolerancia que se generó en estos pacientes los efectos de morfina podrían crear una situación de búsqueda de heroína para tratar de cubrir los

efectos que no se satisfacían con el uso de morfina. De hecho, se pudo obtener información de parte de algunos pacientes que reconocieron viajar al norte de la República para tratar de conseguir heroína en el mercado negro.

Otro contraste que se puede apreciar es que antes del ingreso al programa sólo un poco más de la tercera parte consumían benzodicepinas, en cambio, después del programa, este porcentaje aumentó a un casi 95% de los pacientes que actualmente consumen tales fármacos, esto último fue confirmado por la detección positiva de metabolitos urinarios. En el caso de marihuana parece presentar una tendencia similar, pues antes del ingreso al programa reportaron su consumo el 35% de los pacientes y posteriormente, ya dentro del tratamiento, fue detectado el consumo de ésta en la mitad de todos ellos. En cambio el alcohol parece disminuir de un 41% a un 23% antes y después del ingreso al programa respectivamente. (Ver gráfica #18,43)

Por otra parte también es de especial relevancia, incluir en este análisis el índice de delincuencia, pero en este aspecto sólo se tiene la versión de los pacientes que niegan haberse visto involucrados en algún delito lo cual no se alcanzó a confirmar con los registros oficiales derivados de una investigación oficial en los juzgados.

En cuanto al tipo de empleo que los pacientes reportaron previo a su ingreso al programa, se observó que la actividad predominante fue el robo con un 58.82% y en segundo lugar la prostitución y una mínima parte de ellos trabajaba en algún tipo de empleo estable (11.76%), mientras que después del ingreso, se reportó que su ocupación principal fue la de comerciante (35.29%), sin embargo, es preciso valorar si este cambio en el patrón de empleo ha sido motivado por la permanencia en el programa, es decir, si en este último se ha contemplado inducir a estos buscar un empleo o simplemente a hacerles la recomendación y no a efectuar un seguimiento,

esto último parece ser más factible puesto que no hay evidencia oficial de que se hayan establecido medidas para promover estabilidad en las actividades. (Ver gráficas #5,19)

En resumen, de acuerdo a las versiones de los pacientes se puede percibir de que la instrucción de disminuir las actividades delictivas, mejorar la estabilidad del empleo, no fue acompañado de un control estricto entre estos aspectos, así también, ha sido difícil investigar si estos pacientes distribuyen ilícitamente el fármaco que se les proporciona. Aunque, desde el punto de vista médico no parece indicarlo, pero en la esfera social es importante confirmarlo o descartarlo.

Existen otros aspectos sobre los cuales podría evaluarse un cierto impacto del programa y esto se refieren a lo que podría ubicarse como calidad de vida. Es de interés entonces, calcular el gasto que representa la adquisición ilegal de heroína contra el costo por la morfina bajo un permiso oficial. En los reportes de los pacientes, se afirma que el costo de heroína en el mercado negro asciende alrededor de N\$ 500.00 por gramo. Lo cual representaría un gasto extraordinario para el individuo, que en muchos casos tiene que mantener a una familia o que están bajo el desempleo y, que por lo tanto, al buscar pagar estas altas cantidades podrían caer en actividades delictivas.

Otro de los aspectos sería tratar de estudiar el efecto del programa sobre la dinámica familiar y aquí hay dos hallazgos. En el momento en que los pacientes tienen a la mano la morfina y la consumen con un cierto horario (la mayor parte de ellos se inyecta de 3 a 4 veces al día) esto quiere decir que farmacológicamente se mantienen los niveles adecuados para producir un efecto que mantiene en un bienestar psicológico y físico, de carácter subjetivo al paciente. (Ver gráfica #41)

Se decía que, en esta condición, de acuerdo a las versiones de familiares, parece que el individuo se desempeña en una forma relativamente satisfactoria, es decir, conservan una cierta actividad y no se generan conflictos familiares serios.

Pero en cambio, estos pacientes a menudo se terminan la cantidad de sustancia antes de la próxima entrega, de tal forma que los niveles del fármaco descienden y se presenta un síndrome de supresión o abstinencia. La dinámica entonces, cambia y la familia lo reciente y, asimismo, hay consecuencias sobre el empleo.

Esto también ha conducido a que los pacientes con el fin de evitar el síndrome de abstinencia traten de sustituir la morfina con el uso de benzodiazepinas, lo cual trae consigo por el lado económico, una erogación extra, desde la esfera familiar se presentan situaciones que pueden amenazar la integración o el papel de los individuos con sus más cercanos compañeros y en el aspecto psicológico, un efecto de depresión que le produce un malestar más que un alivio.

También es de especial interés incluir cambios en la actividad sexual que estos pacientes presentan durante el período de abstinencia, esto se manifiesta ya sea en incremento, disminución o cese de las relaciones sexuales que pueden afectar a largo o a corto plazo el bienestar psicológico de los pacientes y sobretodo de sus respectivas parejas. (Ver gráfica #34,35)

El posible efecto sobre la familia también se investigó con otros indicadores. Por ejemplo, el número de hijos es de aproximadamente de entre 4 a 6 en la mitad de estos pacientes llegando hasta 10 en dos casos. (Ver gráfica #29) Esto hace suponer dos cosas, una que el número tan grande de hijos acentúa los problemas económicos y familiares y si estos han potencialmente recibido

algún grado de daño en su desarrollo intrauterino, esto último amerita un estudio genético, pero en la actualidad esta pendiente realizar.

En lo que toca a la familia fue importante conocer el impacto que sobre los hijos tenía la adicción de sus progenitores se encontró en estos aspectos que la mitad de ellos conocían el problema de la adicción de sus padres y que un 18% de los hijos informaron que respetaban ese problema. Un menor porcentaje se encontró que no hacen preguntas sobre el problema; casi la tercera parte de ellos ignoran la situación (aunque generalmente se incluye aquí a menores de edad) y otras opiniones se refieren a un desacuerdo o lo califican como un vicio. A esto se suma que sólo un 35% de los padres consideran que mantienen una comunicación abierta con los hijos sobre el problema de adicción. (Ver gráfica #30,31,32)

Esto se puede enfocar a las consecuencias potenciales que se acarrearán. Es posible que se este reproduciendo una subcultura de las drogas en un ambiente económico y familiar adverso, lo cual podría manifestarse en una introducción de los hijos al consumo problemático de drogas. Según los pacientes, sus hijos no se han involucrado en el problema de drogadicción, sin embargo, a través de la información de algunos pacientes, se permitió conocer que en varios casos existe evidencia de que algunos descendientes muestran un consumo de psicofármacos.

En cuanto a la pareja se pueden contemplar también repercusiones negativas aunque se refiere una buena relación en el 52.94% de los casos.(Ver gráfica #33)

Estos es muy variable, se observa, por un lado, un apoyo por parte de la pareja en la administración de la sustancia en un cierto control en la cantidad del fármaco que se consume,(ver gráfica #40), pero, también en las entrevistas con los familiares, pudo constatar que en varios casos la pareja

ha sido sometida a un estrés permanente debido a los riesgos del consumo de la morfina y preocupación especialmente intensa en los períodos de abstinencia de los enfermos.

En resumen, lo anterior representa un análisis de diversos aspectos en el origen de la drogadicción en el grupo estudiado y cómo ha influido el que pertenezcan a un programa que les concede el permiso oficial y les proporciona la morfina.

En este sentido es importante retomar el contraste entre un tratamiento de mantenimiento y uno de rehabilitación, el primero estaría enfocado únicamente a mantener el uso de la morfina con el fin de mejorar el empleo, las condiciones legales, y dinámica familiar, pero en este caso los resultados señalan que este objetivo ha sido muy difícil de alcanzar en todos los casos y si se ha presentado algún beneficio este siempre tiene algunas desventajas aparentemente; en lo económico, el efecto es positivo; en lo familiar, depende de la circunstancia que se viva, produciendo conflictos durante la abstinencia, con cierta estabilidad cuando se tiene accesibilidad y en lo que se refiere al aspecto legal, falta la evidencia para emitir algún juicio.

El segundo modelo de tratamiento es el de rehabilitación y este supone una abstinencia prolongada del fármaco que se abusa sin consecuencias médicas, psicológicas, familiares o sociales, pero este último no fue al parecer el objetivo de este programa, de hecho casi el 90% de los pacientes rechaza la idea de someterse a un período de abstinencia prolongada que sería el primer paso de su rehabilitación.

De tal modo que se insiste en la valoración de los programas de mantenimiento, de sus objetivos, de su seguimiento y de las consecuencias que pueda acarrear.

CONCLUSIONES

1. El inicio del Programa de Tratamiento Sustituto con Morfina aparentemente respondió a la necesidad de continuar atendiendo a un grupo de individuos con adicción a heroína. Estos se habían detectado entre la población y habían sido canalizados al Hospital Federal para Toxicómanos, pero una vez que éste se cierra, tales pacientes requerían de una decisión respecto a su problema de abuso.

2. No se encontró un documento oficial en el que se plasmara la creación de un programa de mantenimiento con morfina, ni cuáles serían las dependencias que se encargaran de ello, qué objetivos tendría, etc..

3. No se encontraron evidencias de que el programa haya sido sometido a una planeación cuidadosa en la que se tomaran en cuenta la importancia de atender al grupo de adictos a la heroína en una forma integral. Es decir, brindándoles atención médica, psicológica y psiquiátrica.

4. El ingreso a este programa al parecer no fue bajo una reglamentación ni una valoración rigurosa de cada uno de los casos. De tal manera se encontró que los pacientes eran canalizados por sus propios compañeros y no hay datos precisos acerca del trámite oficial que se debería seguir.

5. No se efectuó una clasificación de los individuos adictos, ni en términos de su duración y severidad, para determinar la dosis apropiada que se iba a administrar. Al contrario, al parecer la dosis fue calculada en forma relativamente arbitraria.

6. La decisión de aumentar la cantidad de morfina que se les proporcionaría en algunos casos fue tomada sin mediar basarse en un examen clínico-farmacológico pertinente.

7. Respecto a la evolución del programa parece que ésta no fue dirigida de una manera adecuada puesto que no hay evidencia de que se haya efectuado un seguimiento socioeconómico de los pacientes incluidos.

8. No se encontraron datos acerca de evaluaciones que indicaran la valoración del impacto del tratamiento sustituto con morfina sobre el problema de la adicción a la heroína.

9. Los pacientes durante su permanencia en el programa, no fueron sometidos a exámenes médicos, psicológicos ni psiquiátricos, así como tampoco se llevaron a cabo pruebas de laboratorio o estudios de gabinete.

10. La dinámica familiar de los pacientes que han pertenecido al programa, se ha visto afectada especialmente, en los períodos de abstinencia.

11. El costo económico del uso ilícito de heroína es significativamente mayor al costo que representa pagar dentro del programa por recibir la morfina.

12. El empleo posiblemente, mejoró en estos pacientes pero sin garantizar la estabilidad. Esto porque en el período de abstinencia las actividades cotidianas de los individuos quedan desatendidas.

13. Los delitos legales en su cantidad y cualidad, aparentemente se modificaron en forma positiva, es decir, disminuyó. No obstante, no se cuenta con información oficial que lo sustente.

14. Los pacientes pertenecientes al programa, nunca fueron sometidos a intentos de desintoxicación que abrieran la posibilidad de su potencial rehabilitación.

15. El consumo de heroína en los pacientes adictos, disminuyó después del ingreso al programa significativamente; pero en algunos casos, esto no es absoluto debido a que ante la falta de morfina buscaron ilícitamente la adquisición de heroína.

16. El abuso de otras drogas tales como marihuana y benzodiazepinas, no se modificó después del ingreso al programa, al contrario, se ha presentado una tendencia a aumentar su consumo con el fin de aliviar el síndrome de abstinencia.

17. Los pacientes actualmente padecen de enfermedades crónico-degenerativas, desnutrición y otras asociadas con el consumo prolongado de opioides. Estas en muchos casos han presentado complicaciones que tal vez pudieran haber reducido su severidad, si hubieran sido atendidas las enfermedades con anterioridad.

18. La actividad sexual de los pacientes del programa y sus respectivas parejas, frecuentemente se ve afectada en forma negativa durante los períodos de supresión o abstinencia.

SUGERENCIAS

De acuerdo a la investigación efectuada con este grupo de pacientes puede sugerirse que se formalice una atención integral para delimitar sus problemas de salud, psicológicos y/o psiquiátricos. Este grupo no puede seguir dependiendo de un programa que no tiene objetivos definidos ni medios de evaluación, en el caso concreto, estos pacientes ofrecen una seria dificultad para ser rehabilitados bajo un esquema de abstinencia, puesto que están de por medio consecuencias médicas, sociales, económicas y familiares. Es decir, se considera que no sería oportuno retirar la administración de morfina puesto que este hecho desencadenaría riesgos mayores en comparación con los efectos nocivos en el organismo que induce dicho fármaco, además de que podría acentuar algunos conflictos familiares que ya se presentan, y provocar mayor desequilibrio en el empleo, incluso generar la participación de hechos delictivos.

De esta forma si no es posible en estos momentos una desintoxicación a la morfina, si sería conveniente tratar y estudiar en forma integral a estos pacientes para evitar mayores complicaciones de tipo médico, socioeconómicos y familiares.

Por otra parte, si las circunstancias del problema de adicción a opioides demandan la creación de un programa sustituto es recomendable que éste se de en base a un modelo integral de atención con una selección cuidadosa de sus integrantes, y con el uso de metadona por vía oral, lo cual puede prevenir la transmisión de enfermedades de alto riesgo a estos pacientes como lo es el SIDA; con el seguimiento social pertinente; con el estudio médico sistemático; y, sobretodo, con el propósito final de una eventual desintoxicación para

alcanzar un estado de completa abstinencia en paralelo a un apoyo en el empleo, a la familia y un mejoramiento en la participación social de los pacientes.

PROPUESTA

Debido a que no se encontró un modelo general de intervención con farmacodependientes en México, se retomó uno de los modelos de intervención social que se lleva a cabo en España dado que puede ajustarse a los objetivos de la institución donde se realizó esta investigación.

I Intervenciones no programadas

Estas van dirigidas a aquellas personas que no acuden voluntariamente a un centro de rehabilitación o bien no se detecta en ellos un deseo claro de desintoxicación.

En el primer contacto con el paciente el trabajador social recibe la demanda explícita de éste, elaborando una ficha social en la que se recogen los siguientes datos:

- Filiación
- Situación económica y laboral
- Situación legal
- Familia
- Años de dependencia
- Tratamientos recibidos anteriormente

Es posible que en la primera entrevista se oriente el problema hacia otro recurso o centro sanitario o social y no se vuelva a recibir a la persona o, por el contrario se mantengan contactos posteriores con el

paciente que suelen ser distanciados y siempre a petición de él mismo, ya que no acostumbra ser constante y responsable en las citas ni está dispuesto a adquirir compromisos de continuidad.

Es por ello, que en este contacto inicial se realiza un estudio general en relación a las condiciones de vida del paciente, así como el elaborar una valoración objetiva de la demanda planteada ya que, en ocasiones ésta no corresponde a sus necesidades reales.

El trabajador social selecciona su modo de actuación desdoblada en dos facetas: La orientación y la gestión.

Como ejemplos de intervenciones de este tipo, se pueden citar las siguientes:

- 1 Recepción
- 2 Elaboración de ficha social
- 3 Ayudas económicas
- 4 Consejo legal
- 5 Facilitación de comidas o camas
- 6 Derivación a otros recursos sociales

II Intervenciones programadas limitadas

Estas intervenciones se aplican a aquellos pacientes con los que se pretende conseguir dos principales objetivos :

- a) Mejoras parciales en relación al consumo,
- b) Sustitución controlada de la droga por otra con menos consecuencia personales y sociales.

Existen motivos diferenciales desde el punto de vista médico, psicológico y social para seleccionar uno de estos dos objetivos terapéuticos individuales, pero la incidencia del trabajador social es similar en los casos en que se haya especificado cualquiera de estos dos.

El marco estructural y asistencial para estos dos objetivos y para la aplicación de las intervenciones programadas limitadas, son fundamentalmente la Unidad Ambulatoria y la Unidad Hospitalaria de Desintoxicación

Son limitadas porque tienen un tiempo concreto para su desarrollo mientras se mantiene la abstinencia, y porque no se plantean una finalidad última de reinserción social. Son intervenciones realizadas con detalle y profundidad dada la gran importancia que merece la mejora de la calidad de vida para el toxicómano, y para el equipo familiar y laboral.

Estas intervenciones programadas pueden ser:

a) Recepción y elaboración de historia social. El Trabajador social recibe por primera vez al paciente para recoger la demanda expuesta por el mismo o sus familiares.

Durante esta primera entrevista los fines propuestos son fundamentalmente dos: La obtención de datos necesarios para conseguir una visión general de la situación sociofamiliar y la creación de un clima que permita tanto al paciente como a sus familiares considerar la posibilidad de conseguir una importante mejoría.

Esta entrevista no debe ser excesivamente larga, pues en un primer contacto no conviene profundizar en las demandas y problemas

planteados, ya que hay un desconocimiento tanto de la posibilidad de respuesta de las personas, como de sus interrelaciones.

Se elabora una historia social que comprende los siguientes datos:

- Datos personales
- Datos laborales
- Datos familiares
- Datos del consumo
- Situación económica
- Vivienda
- Relaciones sociales
- Problemas legales
- Tratamientos

La historia social que recoge la información proporcionada durante la primera entrevista se va empleando posteriormente con una hoja de seguimiento, en la que se anotan las conclusiones de las entrevistas mantenidas y el trabajo realizado con el paciente o sus familiares.

b) Entrevistas de seguimiento de apoyo social. Pueden efectuarse con el propio paciente o con sus familiares, dependiendo de la finalidad de la misma.

Son entrevistas que tienden a la objetivización de las complicaciones que rodean al paciente y a crear un sentimiento de seguridad para solucionarlas y en otras ocasiones la entrevista se limita a escuchar los relatos que el paciente necesita extrovertir en relación a sus logros en el proceso de tratamiento y sus mejoras sociales.

Con respecto a los padres hay que ser muy insistente sobre la importancia que tiene para ellos asistir a las reuniones de grupo.

Hay que tener presente que en las entrevistas de seguimiento con la familia no se pretende un abordaje terapéutico, ya que ello corresponde al psicólogo, sino simplemente proporcionar información adecuada con respecto a conductas interfamiliares y mantener contactos para implicarles en el proceso de rehabilitación del hijo y, por último orientar y proporcionar un apoyo en la resolución de problemas sociales concretos.

c) Orientación familiar para mejorar la situación. La mayor parte de las familias de los drogadictos sufren deterioros económicos a consecuencia del consumo del tóxico. Es frecuente que los padres abonon cuentas o deudas pendientes de los hijos, como también que sean víctimas de hurtos hogareños de objetos de valor.

Todos estos trastornos familiares requieren una atención y dedicación adecuada, que va desde la orientación hasta la tramitación de ayudas económicas.

El trabajador social ha de tener conocimiento de las diversas posibilidades de solicitud de ayudas para poder informar sobre la manera de tramitarlas. En ocasiones es conveniente facilitar los impresos y asesorar a la familia o al propio toxicómano sobre la forma de complementarlos.

d) Seguimiento de la problemática legal. Es muy frecuente que el drogadicto haya tenido una conducta delictiva durante el período de

consumo, y es precisamente al dejar el tóxico cuando se hace consciente de la problemática legal que tiene por resolver.

El trabajador social ha de conocer la situación judicial exacta del paciente y ha de hacer un seguimiento de los procesos pendientes. Se hace necesario en este caso la intervención de especialistas en esa materia y se ha de tender a la derivación a centros específicos de atención a dicha problemática, manteniendo una coordinación con la persona que se hace responsable de la intervención directa en este sentido.

e) Recursos comunitarios. Principalmente son utilizados los recursos que van dirigidos a :

- Formación y estudios
- Ocupación del tiempo libre en actividades manuales y juegos
- Recursos de tipo laboral

El trabajador social ha de informar al paciente que se encuentra en las condiciones adecuadas para ello sobre las diversas actividades a las que puede optar y una vez decidido encauzarlo hacia el centro más conveniente. Es recomendable que el trabajador social mantenga contacto con el centro al que se ha canalizado al paciente, a fin de conocer la evolución de éste.

f) Intervención familiar a nivel de grupo. Teniendo en cuenta la alta conflictividad e inestabilidad que muestran las familias del farmacodependiente se hace casi indispensable el tratamiento del núcleo familiar que no ha proporcionado el marco de seguridad emotiva para su desarrollo armónico.

La terapia familiar es la forma de intervención que más éxitos parece haber obtenido en los últimos años.

Las intervenciones del trabajador social con respecto a la familia a nivel de grupo y dentro de las programaciones limitadas, se refieren, fundamentalmente, a la realización de las llamadas "reuniones informativas".

Mediante la información y discusión se consigue descender el nivel de angustia con el que llegan todos los padres al grupo. Se fomenta la solidaridad, apoyo y comprensión entre ellos.

Otra idea que deberá fomentar el trabajador social entre los padres, será la de hacerles ver que la enfermedad no la sufre únicamente el hijo toxicómano, sino que es toda la familia la que está implicada en el proceso.

El responsable del grupo deberá tener suficientes conocimientos y práctica en dinámicas de grupos como para poder llevar a cabo la tarea. Estos grupos permiten además detectar problemas familiares graves, de modo que en coordinación con el terapeuta individual del hijo se puede llevar a cabo un plan de intervención familiar individualizado.

III Intervenciones programadas de finalidad amplia

Se trata de un programa estructurado que permite intervenir sobre los diversos niveles de conflicto y requiere un abordaje multidisciplinario.

Se lleva a cabo con aquellos pacientes con los que se pretende conseguir la abstinencia total, la rehabilitación y reinserción social.

Dejar de ser toxicómano supone la obligación de reordenar la realidad social y reestructurar la personalidad, ya que por el solo hecho de la supresión de la droga, no queda reconstruida la vida.

Debe situarse al paciente en un ámbito libre de drogas para hacer posible su rehabilitación, por lo que en este caso los centros más adecuados son las granjas rurales o comunidades terapéuticas y los centros urbanos de rehabilitación o centros de día.

En un programa de rehabilitación, la actuación del trabajador social va dirigida a reforzar los potenciales individuales y sociales en los que se incluyen, fundamentalmente familia y reinserción social y laboral.

La atención a la familia es una de las acciones a la que se debe prestar especial dedicación. El trabajo se realiza a niveles de grupos de discusión y en completa coordinación con otros miembros del grupo.

Trabajo de grupos con familias. La circunstancia de trabajo individualizado con el hijo, y el grupo con los padres, es la óptima para obtener unos resultados satisfactorios. Los padres asisten durante el

tiempo en que el hijo permanece ingresado. Durante este tiempo se trabaja con el fin de que el cambio no sea solo por parte del hijo sino de toda la familia, pues no tiene sentido devolver al toxicómano a la misma familia de la que salió y que propició en parte la sintomatología.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ AMEZQUITA, J. et. al. Historia de la salubridad y de la asistencia en México, México, SSA, 1960, 1330 pp.
2. ARCE LARA, Raúl. Psicoterapia familiar en el tratamiento de la farmacodependencia, México, CIJ, 1985, 91 pp.
3. ARIAS, J.A. et. al. La familia del adicto, Buenos Aires, Nueva Visión, 1990, 192 pp.
4. BAENA, Guillermina. Manual para elaborar trabajos de investigación documental, México, Mexicanos unidos, 1986, 124 pp.
5. BERNIEL, Esther, et. al. La Psicoterapia familiar con pacientes farmacodependientes, México, CIJ, 1986, 112 pp.
6. BEVAN, John A. Fundamentos de farmacología, México, Harla, 1982, 825 pp.
7. CAZARES HERNANDEZ, Laura. Técnicas actuales de investigación documental, México, Trillas-UAM, 1991, 194pp.
8. CENTRO MEXICANO DE ESTUDIOS EN FARMACODEPENDENCIA, Fármacos de abuso: prevención e información, México, CEMEF, 1976, 239 pp.
9. CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL. Evaluaciones cualitativas de acciones en atención a la farmacodependencia, México, CIJ, 1989, 643 pp.
10. CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL. Heroína, México, CIJ, 1989, 485 pp.
11. CENTRO DE INTEGRACION JUVENIL. Aportaciones teóricas y prácticas para el conocimiento del farmacodependiente, México, CIJ, 1990, 115 pp.

12. CONGRESO NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL, 7, México, 1986, VII Congreso Nacional de Trabajo Social, México, 1986, 179 pp.
13. Diccionario de las Ciencias de la Educación, Tomo I y II, México, Santillana, 1984, 1528 pp.
14. DIRECCION DE CONTROL DE DROGAS. Drogas de las que se abusa. E.U., Department of Justice, 1986, 50 pp.
15. DUPONT, Robert L. Drogas de entrada, México, Prisma, 1990, 377 pp.
16. FLORES GARZA, Rigoberto. Estudio Médico Social del problema de la heroínomanía y morfínomanía en México, México, 1947, 74 pp. Tesis (Médico cirujano y partero)-UNAM.
17. GARCIA LIÑAN, Carmen. Opiáceos, México, Arbol, 1990, 126 pp.
18. GARZA MERCADO, Ario. Manual de técnicas de investigación, México, Colmex, 1981, 287 pp.
19. JOURTARD, Philippe. Esas voces que nos llegan del pasado, México, FCE, 1986, 78 pp.
20. KAPLAN, Harold I. et. al. Compendio de psiquiatría, Barcelona, Salvat, 1987, 979 pp.
21. LICEA DE ARENAS, Judith. La ficha bibliográfica, México, UAM-X, 1980, 32 pp.
22. LUEINSWING, Melvin H. Consecuencias del abuso al uso de las drogas, México, Cinco siglos, 1974, 132 pp.
23. LLANES BRICEÑO, Jorge. Drogas: mitos y falacias, México, Concepto, 1975, 74 pp.
24. LLANES BRICEÑO Jorge. La juventud y las drogas, México, Concepto, 1975, 140 pp.
25. MADDEN, J. S. Alcoholismo y farmacodependencia, México, Manual moderno, 1986, 351 pp.
26. MEXICO. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 1988-94, México, Poder Ejecutivo Federal, 1988, 143 pp.

27. MEXICO. Poder Ejecutivo Federal. El control de drogas en México. Programa Nacional 1989-94, México, Poder Ejecutivo Federal, 1992, 125 pp.
28. MEXICO, Secretaría de Salubridad y Asistencia. Memorias de la SSA 1943, México, SSA, 1943, 123 pp.
29. MEXICO, Secretaría de Salubridad y Asistencia. Memorias de la SSA 1943-44, México, SSA, 1944, 101 pp.
30. MEXICO, Secretaría de Salubridad y Asistencia. Memorias de la SSA 1945-46, México, SSA, 1946, 160 pp.
31. MEXICO, Secretaría de Salubridad y Asistencia. Memorias de la SSA 1968-69, México, SSA, 1969, 203 pp.
32. MEXICO, Secretaría de Salud. Las adicciones en México: hacia un enfoque multidisciplinario, México, SS, 1992, 114 pp.
33. MEXICO, Secretaría de Salud. Las drogas y sus usuarios, México, SS, 1992, 69 pp.
34. MEXICO, Secretaría de Salud. Programa contra la farmacodependencia 1992-94, México, SS, 1992, 124 pp.
35. NACIONES UNIDAS. Tratamiento, rehabilitación y reintegración social de toxicómanos, Nueva York, Naciones Unidas, 1989, 110 pp.
36. PADUA, Jorge et. al. Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales, México, Colmex-FCE, 1979, 359 pp.
37. PARDINAS, Felipe. Metodología y técnicas de investigación en ciencias sociales, México, S.XXI, 1977, 188pp.
38. ROJAS SORIANO, Raúl. El proceso de la investigación científica, México, Trillas, 1981, 124 pp.
39. ROJAS SORIANO, Raúl. Guía para realizar investigaciones sociales, México, UNAM, 1985, 280 pp.

40. SANCHEZ ROMERO, Bertha Mariana. Una experiencia de trabajo social con padres de familia e hijo farmacodependiente, México, 1976, 153 pp. Tesis (Licenciatura en Trabajo Social)-UNAM.
41. SISTEMA NACIONAL DE ENCUESTAS DE SALUD. Drogas, México, Inst. Mex. Psiquiatría, 1990, 493 pp.
42. TAMAYO TAMAYO, Mario. El proceso de la investigación científica, México, Limusa, 1987, 161 pp.
43. TAMAYO TAMAYO, Mario. Metodología formal de la investigación científica, México, Limusa, 1990, 159 pp.
44. VERA OCAMPO, Eduardo. Droga, psicoanálisis y toxicomanía, Buenos Aires, Paidós, 1988, 142 pp.
45. WINGARD, Lemuel. Human pharmacology molecular to clinical, Nueva York, Mosby, 1991, 183 pp.

HEMEROGRAFIA

1. BELL, James. "Changes in criminal activity after entering methadone maintenance", British Journal of Addiction (Australia), 87:251-258, 1992.
2. BELL, James. "Who should receive methadone maintenance?", British Journal of Addiction (Australia), 87:689-694, 1992.
3. BIANCHI, Enrica, et al. "Controlled use of heroin in patients on methadone maintenance treatment", Journal of Substance Abuse Treatment (Italy), 9:383-387, 1992.
4. BRECHT, Mary. "Treatment effectiveness for legally coerced versus voluntary methadone maintenance clients", Drug alcohol Abuse (E.U.), 19(2):89-106, 1993.
5. CAPLEHORN, John R.M., et al. "Clinic policy and retention in methadone maintenance", The International Journal of the Addictions (Australia), 28(1):73-89, 1993.

6. CENTRO MEXICANO DE ESTUDIOS EN FARMACODEPENDENCIA. "Posibles causas de la farmacodependencia", CEMEF Informa (México), 2(9):31-40, 1974.
7. CONDELLI, S. et al. "Exposure to methadone programs and heroin use", Drug alcohol Abuse (E.U.), 19(1):65-78, 1993.
8. D'AUNNO, Thomas, et al. "Variation in methadone treatment practices", MHA JAMA (E.U.), 267(2):253-258, 1992.
9. GILL, Kathryn, et al. "Antisocial personality disorder, HIV risk behavior and retention in methadone maintenance therapy", Drug and alcohol Dependence (Ireland), 30:247-252, 1992.
10. GOMEZ MOYA, Pepa. "Programas de intervención social en las diferentes alternativas terapéuticas para toxicómanos", Revista Española de drogodependencia (España), 13(4):287-299, 1988.
11. KALINA, Eduardo, et al. "La familia del drogadicto", CEMEF Informa (México), 3(9):54-59, 1975.
12. KALINA, Eduardo. "La familia del drogadicto. 15 años de experiencias", Drogalcohol (Argentina), 10(4):129-178, 1985.
13. MADDUX, James F., et al. "Methadone maintenance and recovery from opioid dependence", Drug Alcohol Abuse (E.U.), 18(1):63-74, 1992.
14. MADDUX, James F., et al. "Ten-year follow-up after admission to methadone maintenance", Drug alcohol Abuse (E.U.), 18(3):289-303, 1992.
15. MAGURA, Stephen, et al. "Outcomes of an AIDS prevention program for methadone patients", The International Journal of the Addictions (E.U.), 26(6):629-655, 1991.
16. RENO, Raymond, et al. "Life activities and life quality of heroin addicts", The International Journal of the Addictions (E.U.), 28(3):211-232, 1993.
17. ROCA, F., et al. "Evaluación de los programas de mantenimiento con metadona desarrollados en Valencia hasta 1987",

Comunidad y drogas (España), 13:45-52, 1989.

18. ROSENBAUM, Marsha. "Staying off methadone maintenance", Journal of psychoactive Drugs (E.U.), 23(3):251-260, 1991.

19. SORENSEN, James L., et al. "Withdrawal from methadone maintenance", Journal of Substance Abuse Treatment (E.U.), 9:21-26, 1992.

20. WIEPERT, G.D. et al. "Situación de 575 toxicómanos por opiáceos, de nacionalidad británica", Boletín de estupefacientes (ONU), 30(1):57-68, 1978.

PEÑA RIOS, Juan M. "Ni consumidores ni vendedores de drogas heroicas son ya delincuentes en México", Excélsior, México; Sept. 20, 1931: 1A, 7A.

PEÑA RIOS, Juan M. "Ilegalmente ordenó el Consejo Supremo la libertad de todos los toxicómanos", Excélsior, México; Sept. 22, 1931: 1A, 8A.

PEÑA RIOS, Juan M. "Salubridad dará un Reglamento de Narcóticos", Excélsior, México; Sept. 25, 1931: 1A, 8A.

CUEVAS ARISTI, Abelardo. "Salubridad está dispuesta a acabar con el contrabando de drogas", Excélsior, México; Oct. 02, 1931: 1A, 5A.

JIMENEZ GALICIA, Socorro. "Se inauguró un pabellón", Excélsior, México; Mar 10, 1940: 2A.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, México, Oct 27, 1931.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, México, Ago 20, 1934.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, México, May 15, 1945.

DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACION, México, Jun 17, 1993.

ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE TRABAJO SOCIAL

"PROGRAMA DE TRATAMIENTO SUSTITUTO CON MORFINA"

Nombre:

Sexo:

Fecha de nacimiento:

Edad:

Lugar de origen:

Escolaridad:

Ocupación:

Estado civil:

Domicilio:

Religión:

- 1.- ¿ Cómo fue la familia de la que proviene ?
- 2.- ¿ Sus padres tenían alguna adicción ?
- 3.- ¿ Cómo fue la relación con sus padres ?
- 4.- ¿ En qué año y por qué causa fallecieron ?
- 5.- ¿ Cuántos hermanos tuvo y qué relación lleva con ellos ?
- 6.- ¿ Cómo fue la situación económica de su familia original ?
- 7.- ¿ Detectaron sus padres el problema de su farmacodependencia ?
- 8.- ¿ A qué edad y por quiénes inició su adicción ?
- 9.- ¿ Qué fármacos consumía ?
- 10.- ¿ Cómo conseguía el dinero para comprar la droga ?
- 11.- ¿ En qué lugares la conseguía ?
- 12.- ¿ En qué momento se enteró su pareja del problema ?
- 13.- ¿ Tiene usted antecedentes penales ?
- 14.- ¿ En qué lugares estuvo en prisión ?
- 15.- ¿ Cuántas veces y por cuánto tiempo ?
- 16.- ¿ Qué cargos le atribuyeron ?
- 17.- ¿Cuál era su ocupación antes del programa ?
- 18.- ¿ Por qué medio se enteró usted del programa ?
- 19.- ¿ En qué año ingresó a éste ?
- 20.- ¿ Qué requisitos realizó para ingresar al programa ?
- 21.- ¿ Dónde y con quién lo tramitó ?
- 22.- ¿ Bajo qué condiciones le proporcionaron su permiso ?
- 23.- ¿ Qué estudios le realizaron al ingresar al programa ?
- 24.- ¿ En qué Instituciones ha ido a recoger su dosis ?
- 25.- ¿ Cuántas personas había inscritas al ingresar usted al programa ?
- 26.- ¿ Se ha interrumpido alguna vez la entrega de su dosis, cuántas veces ?
- 27.- ¿ Después de otorgársele el permiso ha tenido problemas de tipo legal ?

- 28.- ¿ A raíz de que le dieron el permiso, notó algún cambio en su vida ?
- 29.- ¿ Actualmente con quién vive ?
- 30.- ¿ Cuántos hijos tiene ?
- 31.- ¿ Conocen sus hijos el problema de su adicción ?
- 32.- ¿ Qué opinan de esto ?
- 33.- ¿ Ha detectado en sus hijos algún problema de farmacodependencia
- 34.- ¿ Mantiene con sus hijos una comunicación abierta con respecto al problema ?
- 35.- ¿Cuál es la situación que actualmente vive con su pareja ?
- 36.- ¿ Mantiene alguna otra relación afectuosa ?
- 37.- ¿ Cómo considera usted que es su vida sexual ?
- 38.- ¿ Se modifica ésta con la falta de la droga ?
- 39.- ¿ Cómo se mantiene económicamente ?
- 40.- ¿Cuál es su estado de salud actual.?
- 41.- ¿ Cuántos gramos de morfina recibe mensualmente ?
- 42.- ¿ Quién le administra la droga durante el mes ?
- 43.- ¿ Cuántas veces al día se inyecta la droga ?
- 44.- ¿ Qué otras drogas utiliza además de la morfina del programa?
- 45.- ¿ Alguna vez se ha sometido a un tratamiento de rehabilitación ?
- 46.- ¿ Está dispuesto ha someterse a un tratamiento de rehabilitación ?
- 47.- ¿ Ha intentado suicidarse, por qué ?
- 48.- ¿ Cómo es su relación con los compañeros del programa ?

CASO # 1

Nombre: A. A. E.

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 02 de agosto de 1932

Edad: 60 años

Lugar de origen: México, D. F.

Escolaridad: tercer año de primaria

Ocupación: empleado de una fábrica

Estado civil: casado (separado).

Domicilio: Deleg. Venustiano Carranza

Religión: católica (creyente)

AAE es un hombre maduro de estatura mediana, delgado, blanco de pelo entrecano, de apariencia agradable, limpio en su persona y en su atuendo, cortés, accesible, durante la entrevista estaba ubicado en tiempo y espacio sin sintomatología de abstinencia o sobredosis, mostró deseo de cooperación.

De su infancia informa, que fue producto del segundo de tres matrimonios de su madre, ella en el primero procreó dos hijos, al quedar viuda contrajo nuevamente nupcias con el padre del paciente, quien era ingeniero, con él procreó tres hijos, ocupando el paciente el segundo lugar, cuando tenía un año de edad su padre falleció, contrayendo nupcias por tercera vez, y de esta relación nacieron cuatro hijos más.

Dice no conocer la causa del fallecimiento de su padre pero informa que su infancia fue triste debido a que su padrastro era muy "cruel", pues lo maltrataba al igual que a sus ocho hermanos, los colgaba de las manijas de las puertas, los golpeaba, los torturaba e insultaba constantemente.

Su adolescencia la recuerda con amargura dado que a los doce años de edad comenzó su adicción, de lo cual dice, que ni su madre ni su padrastro percibieron. Considera que fue inducido por las "malas compañías", en su inicio se inyectaba heroína dos veces al mes, fue incrementando la dosis de tal manera que en menos de un año de inyectarse por primera vez, la consumía diariamente, comenta que para adquirir la droga se iba a los tianguis y reunía el dinero que encontraba tirado niega haber robado, la droga la conseguía en el mercado negro de la Cd. de México y cuando ésta escaseaba viajaba hasta Cd. Juárez para adquirirla. A su adicción a la heroína, sumó el tabaquismo a los 14 años y el alcoholismo a los 17.

Recuerda que en 1947 fue detenido por ataque con arma blanca e ingresó a Lecumberri a cumplir una condena por dos años y medio, posteriormente permaneció durante un año en las Islas Marías, fue detenido en varias ocasiones siendo en 1970 la última. No profundiza en la información ni responde a preguntas en relación con sus antecedentes penales, para ello desvió la conversación a otros aspectos.

Fue en 1977 cuando obtuvo el permiso de morfina, del cual se enteró por unos amigos farmacodependientes, realizó sus trámites con el Dr. Carrillo en la calle de Liverpool, refiere que no le fue practicado ningún examen médico para determinar la dosis mensual, condicionándole el uso exclusivo para su consumo, recuerda que había alrededor de 100 permisionarios y que en repetidas ocasiones suspendieron la entrega de la sustancia, inicialmente le asignaron cuatro gramos mensuales, dos años después le aumentaron a seis y por último, en 1980 a ocho gramos.

En 1953 contrajo matrimonio, tuvieron problemas para procrear hijos, por ello nueve años después decidieron adoptar dos niñas, actualmente tienen 31 y 28 años. La mayor está casada y tiene dos hijos y al igual que la menor tuvo estudios hasta el nivel medio superior.

Hace varios años se separó del hogar familiar para evitar que sus hijas se dieran cuenta de su adicción, a pesar de ello, mantiene una buena y estrecha relación con su esposa e hijas.

Desde 1968 trabaja en una fábrica de lámparas propiedad de sus hermanos, en el Departamento de control de calidad por lo que manifiesta agradecimiento por el apoyo que ha recibido de ellos en relación a su farmacodependencia, pues no solo en el trabajo muestran un interés sino también, por su bienestar y propician una estrecha convivencia, no tiene amigos, prefiere a su familia o la soledad.

De su salario aporta más de la mitad al resto de su familia y con lo demás cubre sus gastos personales, vive en una zona populosa y su vivienda consta de dos recámaras, sala, comedor, baño y cocina, es una construcción formal en buen estado de mantenimiento y aseo, cuenta con todos los servicios públicos.

Actualmente, ingiere psicotrópicos para dormir, reflexiona que la morfina le permite trabajar.

En una ocasión se internó durante 15 días para rehabilitarse pero al salir reincidió.

Aparentemente tiene buen estado de salud, administra adecuadamente la sustancia y se mantiene alejado del grupo que recibe la morfina.

CASO # 2

Nombre: J.F.G.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 28 de diciembre de 1935

Edad: 58 años

Lugar de origen: México, D.F.

Escolaridad: Tercer año de primaria

Ocupación: Bolero, vendedor de revistas usadas y de dulces

Estado civil: Casado (separado)

Domicilio: Col. Centro, Deleg. Cuauhtémoc

Religión: Católica

JFG es un hombre maduro de estatura media, delgado, tez morena, cabello entrecano, de mal alfiler tanto en su ropa como en su persona y demacrado.

La entrevista se realizó en dos sesiones debido a que en la primera se encontraba intoxicado y se mostraba muy distraído.

El Sr. JFG recuerda su niñez con tristeza debido a que quedó huérfano muy pequeño e ignora la causa de muerte de sus padres. Comenta que fue el mayor de cinco hijos, y que su familia era de bajos recursos económicos, el padre era alcohólico y maltrataba a la esposa y a ellos.

Dejó los estudios porque se "aburría" y se dedicó a la vagancia. En 1952 ingresó a la Penitenciaría en donde permaneció dos años acusado de robo, allí comenzó el consumo a la marihuana. En 1962 ingresó nuevamente a la Penitenciaría por cuatro meses detenido por malviviente y vago. Allí, por la

falta de la marihuana comenzó su adicción a la heroína la cual combinaba con alcohol. Al salir de prisión robaba para poder comprar la droga en el mercado negro de la Cd. de México, con Lola la Chata.

En 1964 contrajo matrimonio y de esta relación nacieron dos hijos, comenta que su esposa ignoraba su adicción y al enterarse se convirtió en una relación conflictiva, separándose en cuatro ocasiones en un lapso de cinco años y en 1976 la separación fue definitiva. Comenta que desde entonces ignora el paradero de su familia y no sabe si sus hijos aún viven.

Actualmente vive solo, vivió un tiempo con una de sus hermanas, pero decidió alejarse porque sus sobrinos estaban creciendo y no quería que conocieran el problema de su adicción. Desde entonces, ha vivido en hoteles, en casas de huéspedes, en protección social y por breves temporadas con los compañeros del programa.

Se mantiene vendiendo revistas usadas o dulces en los mercados, comenta que con ello gana lo suficiente para cubrir los gastos de vivienda y alimentos, paga N\$160.00 por el cuarto en donde vive, el cual tiene una recámara, baño y cocina pequeña. Su vivienda esta construida de tabicón y lámina de cartón, además de que cuenta con los servicios de luz y agua. Es deficiente en cuanto a la iluminación y limpieza.

Actualmente mantiene una relación afectuosa ocasional con una señora minusválida que carece de la pierna izquierda, refiere tener una vida sexual normal.

Aparentemente, su estado de salud es bueno, y sobre las enfermedades que han padecido son hepatitis aguda y gonorrea a los 17 años de edad.

El paciente se enteró del programa de morfina por medio de sus compañeros de prisión, realizó sus trámites en la calle de Liverpool con el Dr. Adrián Punaro y en 1970 obtuvo su permiso sin habersele realizado ningún estudio médico para determinarle la dosis mensual de la droga.

Narra que las únicas condiciones que le dieron para entregársela fueron: que no hiciera negocio con ella y que dejara de cometer actos delictivos. Comenta que en ese año había aproximadamente 200 personas recibiendo la sustancia del programa.

Mensualmente le entregan ocho gramos de morfina la cual se administra diariamente, tres veces al día, pero debido a que no le alcanza, en los períodos de abstinencia utiliza anfetaminas, diazepam y marihuana, esta última consumiéndola tres veces a la semana en promedio.

En dos ocasiones ha intentado la rehabilitación por su cuenta pero informa que en las dos veces cayó en el alcoholismo. En otra ocasión, cuando se encontraba recluido en la Penitenciaría, solicitó su encierro en un Apando para así, tratar de dejar la droga y durante cuatro meses no la consumió pero al salir de éste, reincidió.

CASO # 3

Nombre: M.O.B.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 23 de mayo de 1939

Edad: 54 años

Lugar de origen: México, D.F.

Escolaridad: Analfabeta

Ocupación: Hogar

Estado civil: Viuda

Domicilio: Col. Ixtahuapan, Deleg. Iztapalapa

Religión: Católica

La entrevista se hizo en dos sesiones, una cuando la paciente estaba con sintomatología de abstinencia y la segunda cuando se encontraba bajo los efectos de la morfina, resultó difícil obtener la información ya que se quedó dormida durante la misma.

Es una mujer madura, de estatura media, delgada, morena, cabello entrecano, aliñada en su persona y su vestimenta, demacrada.

La paciente proviene de una familia de nivel socioeconómico bajo debido a que su padre era albañil y alcohólico y su madre hacía tortillas para aportar dinero al hogar. El padre falleció a los 49 años de edad, a consecuencia de cáncer en el estómago y la madre murió un año después de vejez.

Tiene recuerdos amargos de su infancia porque además de las carencias económicas, el padre los golpeaba. De esta relación nacieron cuatro hijos, el

mayor falleció cuando la paciente tenía 7 años de edad y el tercero también murió, por lo que solamente quedaron la paciente y su hermana mayor, con la que hasta la fecha mantiene una buena relación.

Desde muy pequeña, la paciente, abandonó los estudios y no recuerda haber tenido motivación por parte de sus padres para continuarlos.

A los 19 años de edad contrajo matrimonio y fue hasta los 38 años cuando comenzó con el problema de la farmacodependencia porque su esposo era heroínmano y después de una riña con él, ella en un momento de depresión se inyectó heroína, comenta que cuando el esposo se dio cuenta la golpeó por lo que ella continuó administrándose la droga hasta desarrollar la dependencia. El esposo fue carterista y de allí conseguía el dinero para comprar la droga de ambos, él la enseñó a robar para el mismo fin. La paciente refiere que se enteró de la farmacodependencia de su pareja después de que nació su primer hijo.

Posterior a la muerte del esposo, ella robaba, tanto para mantener a sus hijos, como para comprar la heroína con Lola la Chata. Debido a esto, fue detenida en varias ocasiones hasta por 15 días pero nunca fue sentenciada a prisión.

Se enteró del programa a través de su esposo ya que él tenía el permiso, ella realizó sus trámites en el Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Alvarez, con el Dr. Uriarte, un mes después de esto le proporcionaron el permiso bajo la condición de dejar de delinquir y que no hiciera mal uso de la sustancia, pero no le realizaron exámenes médicos para determinarle la cantidad de morfina que recibiría al mes.

La paciente refiere que en el año de su ingreso al programa había alrededor de 200 personas y que en dos ocasiones no les hicieron entrega de la morfina y a consecuencia de ello, varios permisionarios fallecieron. Comenta que tuvo

un cambio en su vida al recibir el permiso porque dejó de robar y les dedicó más tiempo a sus hijos, trabajó como empleada doméstica y el dinero que obtenía lo utilizaba únicamente para los gastos de la familia y nunca más tuvo problemas legales.

Actualmente vive con una de sus cinco hijas, y su familia, ésta le mide su dosis diaria pues la paciente suele abusar de la sustancia, también fuma dos cigarros de marihuana diariamente, una cajetilla de tabaco y consume pastillas para dormir.

No desea someterse a un programa de rehabilitación y nunca asistió a un centro de ayuda a pesar de que el Dr. Punaro, antes de entregarle en permiso, le propuso ayuda para dejar el consumo de drogas.

Comentó que todas sus hijas conocen el problema y, la apoyan y respetan. Su yerno con el que vive la sostiene económicamente y ella colabora con los quehaceres domésticos y el cuidado de los niños, los cuales, refiere, la han visto en el momento que se inyecta.

La vivienda es pequeña, cuenta con dos recámaras, sala, comedor, cocina y baño. Las condiciones de higiene son adecuadas a pesar de vivir en hacinamiento.

CASO # 4

Nombre: J.G.V.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 27 de octubre de 1933

Edad: 60 años

Lugar de origen: León, Guanajuato

Escolaridad: Primero de secundaria

Ocupación: Ayudante de voceador

Estado civil: Casado

Domicilio: Col. Lázaro Cárdenas, antes la presa. Mpio. Ecatepec

Religión: Católica

El Sr. JGV es un adulto de estatura baja, delgado, tez morena, cabello negro, de apariencia limpia tanto en su ropa como en su persona. Presenta una actitud accesible a la entrevista.

Recuerda su infancia con tristeza debido a que careció de recursos económicos por lo que tuvo que trabajar desde pequeño, por lo que dejó sus estudios. Fue el segundo de dos hermanos y refiere no haber conocido a su padre, en lo que respecta a su madre comenta que nunca supo de su adicción, era analfabeta, humilde, ésta ya falleció e ignora la causa.

A los 18 años comenzó con alcoholismo, comenta que fue carterista y debido a esto fue encarcelado a la edad de 23 años en Lecumberri por 5 años. Allí comenzó su adicción a la heroína por realizar trabajos de tráfico de drogas dentro de la prisión para uno de los internos y le pagaba con la droga. Una vez fuera de la prisión, la sustancia la conseguía en Guadalajara, Tijuana

o en la misma cárcel. Años después estuvo preso en Santa Martha acusado de robo con una condena de dos años. Comenta que al salir de la cárcel, trabajó como voceador y conseguía el dinero para comprar su droga.

Contrajo matrimonio a los 37 años de edad y su esposa ya sabía de su adicción. En 1980 se enteró del programa por medio de sus compañeros de prisión a los que seguía frecuentando e ingresó a éste después de realizar sus trámites en las oficinas de la S.S.A. en la calle de Liverpool, siendo atendido por el Dr. Punaro. Narra que le pidieron que se inyectara en ese momento, para así, designarle la cantidad de gramos que le darían al mes, bajo la condición que dejara de cometer actos delictivos. Comenta que cuando el ingresó al programa había aproximadamente 70 personas y, que la sustancia la ha recogido en diferentes lugares, entre ellos, el Hosp. Fray Bernardino Alvarez, Hosp. Samuel Ramírez y actualmente en el Centro de Atención Toxicológica; recibe 5 gramos.-

Vive con su esposa y sus dos hijos, comenta que éstos no presentan ningún problema de adicción y que la comunicación que existe entre ellos es buena. El paciente trabaja como ayudante en un expendio de periódicos.

Refiere que después de entregársele el permiso no ha tenido ningún problema de tipo legal y que desde entonces notó un cambio radical en su forma de vida y en la de su familia.

Vive en una zona marginada al norte de la Cd. de México, con un alto grado de delincuencia y carente de servicios públicos. Su vivienda es propia y consta de dos cuartos de tabicón y lámina.

CASO # 5

Nombre: J. G. L.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 09 de noviembre de 1947

Edad: 45 años

Lugar de origen: México, D.F.

Escolaridad: Tercero de primaria

Ocupación: Comerciante de ropa y/o pintor de automóviles

Estado civil: Soltero

Domicilio: Col. Carmen Serdán, Deleg. Coyoacán

Religión: Católica

JGL es un hombre alto, delgado, demacrado, desaliñado y sucio en su ropa y en su persona, manifiesta un alto grado de ansiedad durante las entrevistas, argumenta que la sustancia que recibe es poca, muestra síntomas de abstinencia, por ello bebe cerveza (4 a 5 caguamas diariamente) y en ocasiones fuma marihuana.

Proviene de una familia matriarcal, incompleta por la muerte del padre por diabetes, ocupa el cuarto lugar de 13 hijos, recuerda al padre "bien" sin profundizar en la información, es el único que permanece soltero por ello vive con la madre una anciana de 73 años quien sufre de un padecimiento cardiaco.

El día de la visita domiciliar se encontraba el mayor de sus hermanos, aparentemente por un problema conyugal, estaba ingiriendo bebidas alcohólicas, el entrevistado comentó, que también fuma marihuana.

Recuerda que en su infancia fue muy inquieto y que frecuentemente se veía involucrado en peleas, característica de la zona donde vivía, populosa de bajo nivel económico. A los 13 años ingresó por primera vez al Consejo Tutelar, reingresó en varias ocasiones. A los 15 años de edad comenzó a tomar alcohol, a los 16 agrega marihuana e inhalantes durante una de sus estancias en el Consejo Tutelar.

Sin precisar el motivo, cuando tenía 16 años viajó a Tijuana, B.C. donde un amigo le dio a probar la heroína, iniciándose en ésta adicción, adquiría la sustancia en Lecumberri, Sta. Martha Acatitla, Guadalajara, Jal. y Tijuana B.C.

Comenta que su madre desde que se enteró de su adicción, se preocupó mucho, hasta la fecha lo hace, no obstante que le afecta por su padecimiento cardiaco, sin embargo, prefiere que consuma morfina que alcohol, por ello le administra la sustancia para que no abuse de ella y al final del mes tenga que conseguirla "prestada" con los otros integrantes del grupo.

En 1969 fue enviado a Sta. Martha Acatitla acusado de robo a un banco, purgó una condena de cinco años nueve meses. En 1977 ingresó al Reclusorio Oriente por agredir a un policía con arma de fuego y robarlo, sin precisar la fecha. Recuerda que en Lecumberri incrementó su adicción a la heroína.

Algunos de sus amigos pertenecían al programa, en ocasiones le proporcionaban la sustancia.

A consecuencia de un accidente que sufrió cuando tenía 20 años aproximadamente inició un tratamiento en el Hosp. Fray Bernardino y enterado del programa solicitó a su médico tratante apoyo para ingresar a éste, en 1989 fue canalizado a la Secretaría de Salud y acudió a la oficinas ubicadas en la Av. Alvaro Obregón con la Q. F. B. Candelaria Martínez, cinco meses

después recibió un oficio para que se presentara en el Hosp. Samuel Ramírez para recoger por primera vez dos gramos de la sustancia cantidad que fue incrementada a tres en junio de 1992.

Refiere que no le practicaron ningún examen, únicamente le condicionaron que no volviera a usar inhalantes ni cometiera actos delictivos. Desde entonces a recibido regularmente su dosis, ello a provocado un gran cambio en su vida, tiene la seguridad de contar con la sustancia mensualmente sin tener que viajar, sin embargo, dice que la heroína era mejor que la morfina se lamenta que no se consiga ni en el mercado negro y que de existir no tendría dinero para adquirirla por su bajo nivel de ingresos económicos, situación evidente.

Su vivienda es una construcción informal con piso de cemento, paredes de tabicón, techos de lámina de asbesto, cuenta con dos cuartos y en el patio una cocina provisional y el baño, así como un lavadero. Desde la entrada al predio y en los cuartos se encuentran almacenados artículos usados y de desecho mal oliente, todo en desorden y sucio no existen espacios definidos ello dificulta el tránsito así como la permanencia en los cuartos, el mobiliario es mínimo, en pésimas condiciones de aseo y conservación. La zona donde se ubica es popular, cuenta con todos los servicios públicos.

Reciben tanto él como su madre ayuda económica de sus hermanos ya que lo que ganan vendiendo no les alcanza.

Comenta que hace años trató de rehabilitarse por cuenta propia quería dejar de fumar marihuana, no lo logró y no desea volver a intentarlo bajo ninguna circunstancia, pide, suplica y casi exige que se le incremente la dotación mensual; cuando lo hace se exalta, alza la voz y golpea la mesa.

Refiere que los integrantes del programa son sus mejores amigos sólo en ellos encuentra apoyo y respeto no como una pareja que tuvo durante 10

años y que lo abandonó cuando estaba en la cárcel, esto hace 16 años desde entonces no tiene relaciones sexuales y cuando siente deseo se baña con agua fría pero no se masturba.

En relación a su salud recuerda que en 1971 lo operaron de apendicitis, en 1976 de una hernia umbilical y que actualmente presenta problemas de digestión.

CASO # 6

Nombre: J. R. I.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 31 de mayo de 1946

Edad: 47 años

Lugar de origen: Guasave, Sinaloa

Escolaridad: Primero de bachillerato

Ocupación: Campesino

Estado civil: Casado

Domicilio: Guadalajara, Jalisco

Religión: Católica

El paciente es un hombre alto, delgado, moreno claro de edad madura, cabello oscuro, limpio en su persona, amable y con una actitud de cooperación para responder la entrevista.

De su infancia comenta que su padre fue un médico cirujano muy reconocido en Guasave, y que aún lado de su consultorio tenía una farmacia, por lo que él disfrutó de pequeño una buena situación económica. Con su padre llevaba una excelente relación hasta que en 1958, cuando el paciente tenía 12 años falleció de un paro cardíaco.

Refirió que su padre fue heroinómano y alcohólico, pero cuando tenía que realizar alguna operación quirúrgica, se sometía días antes a la abstinencia o bien el efecto de la sustancia lo contrarestabá con algún medicamento, pero pese a ello el paciente se siente muy orgulloso de su padre. Con la mamá

hasta el día de ahora mantiene una buena relación, sus seis hermanos desde el momento en que se enteraron de su farmacodependencia lo han apoyado mucho.

Después de la muerte del padre, el paciente abandonó sus estudios y se fue a vivir un tiempo con unas amistades a Tijuana, haya a la edad de 15 años inició el consumo de heroína, ocho meses más tarde regresó a Guasave y por un tiempo dejó la droga. Refiere que su adicción había aumentado por lo que sintió la necesidad de obtener dinero de cualquier manera para comprar la sustancia, y se dedicó a la venta de objetos robados.

Cuando la madre se dio cuenta del problema lo llevó al C.I.J., en el cual permaneció cuatro meses en un programa de rehabilitación, pero cinco meses después de su alta reincidió en la farmacodependencia.

Posteriormente contrajo matrimonio con una mujer de 14 años de edad, la cual desde el noviazgo tuvo conocimiento de su adicción y pensaba que con amor y apoyo lograría la rehabilitación, en el tiempo en que se casó vivía en Guadalajara y pocos meses después entró a prisión en la cárcel de Oblatos del mismo Estado, a cumplir una condena de 10 años por venta de droga. Cuando esto sucedió, ya había nacido su primer hijo, el paciente refiere que en la cárcel incrementó su adicción debido al fácil acceso que tenía a la heroína.

Comenta que cuando obtuvo su libertad, vino a la ciudad de México con su esposa e hijo con el fin de cambiar su vida, puso un puesto de billetes de lotería en la Villa, y nacieron sus demás hijos, siendo en total siete; desafortunadamente uno de ellos fue robado y la esposa a consecuencia de ello comenzó con trastornos neurológicos y él desarrollo una dependencia al alcohol. Posteriormente, su abuelo al saber del problema de la drogadicción lo mandó con el Dr. Soberón para que le ayudara a obtener el permiso del

programa, éste le realizó exámenes médicos y lo envió al Hosp. Fray Bernardino Alvarez para que hiciera los trámites correspondientes, de ésta manera en el año de 1984 el paciente por primera vez obtuvo su morfina. Se le proporcionaron bajo la condición que dejara de cometer actos delictivos, así como también que cuidara la sustancia y no hiciera mal uso de ella, comentó que en el tiempo de su ingreso había alrededor de 20 permisionarios y que en dos ocasiones no les hicieron entrega de la droga.

El paciente refiere que después de su ingreso al programa, tanto los hermanos como la madre, le propusieron que regresara con su esposa e hijos a Guadalajara con el fin de que trabajara en el rancho de la familia, y así, se alejara un poco del ambiente de los demás permisionarios.

Los hijos conocen su problema y lo apoyan en gran medida, es por eso que el paciente mantiene una relación y comunicación abierta con ellos, por otra parte, a la esposa refiere quererla mucho por todo lo bueno que le ha brindado a lo largo de 36 años de matrimonio. Únicamente cuando él está en el período de abstinencia se aleja de su familia para que no lo vean sufrir. La pareja comentó, que su vida sexual es estable excepto cuando él no está bajo los efectos de la morfina, ya que el apetito sexual disminuye considerablemente.

Económicamente se mantienen con todo lo que obtienen del rancho, a través de su trabajo, y de la venta de gallos de pelea, que el propio paciente entrena. Además de la ayuda que le proporcionan dos hijos que actualmente viven en el extranjero.

Este paciente es el único que bimestralmente recoge su dosis, recibe 14 gramos y la esposa lo ayuda a medir las cantidades que se inyecta al día, esto lo realiza dos veces y muy rara vez hasta tres ocasiones. Considera que el trabajo y la vida de campo lo han ayudado mucho, come tres veces al día, mantiene buena relación con la familia y el dinero que obtiene no lo gasta en

viajes a otros Estados para comprar en el mercado negro alguna otra sustancia. No utiliza sustitutos, en ocasiones para disminuir un poco los malestares del síndrome de abstinencia se administra suero. No Ingiere alcohol, pero sí fuma por lo menos media cajetilla de cigarros de tabaco diariamente.

El paciente refiere tener un gran temor cuando piensa en la posibilidad de que un día se termine el programa, pues éste le ha dado estabilidad a su vida, y a su familia. Actualmente no desea someterse a ningún tratamiento de rehabilitación; a pesar de que en una ocasión trató de suicidarse por la desesperación que le produjo la falta de la sustancia.

El paciente comentó que tiene muy pocos amigos y a los que considera como tales, desconocen totalmente su farmacodependencia, pues desea tener de ellos una verdadera amistad y no un sentimiento de lástima. Con los demás permisionarios establece una relación neutra, pues sólo los ve cuando viene a la Ciudad a recoger su sustancia.

CASO # 7

Nombre: C. M. G.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 21 de octubre de 1944

Edad: 48 años

Lugar de origen: Puebla, Puebla

Escolaridad: Analfabeta funcional.

Ocupación: Artesana (trabaja el macramé)

Estado civil: Unión libre

Domicilio: Mpio. Nezahualcoyotl, Edo. de México

Religión: Católica

La paciente es una mujer de estatura mediana, de tez morena, cabello quebrado, con aseo tanto en su persona como en su ropa y con aproximadamente 68 Kgrs.

Nació en su domicilio con ayuda de una partera, y en una familia con un nivel socioeconómico bajo, refiere haber tenido una infancia muy triste debido al problema de alcoholismo del padre, y al maltrato que siempre recibió de la mamá. A los ocho años de edad se fue con la abuela materna a vivir a Tijuana, de ésta manera pudo salir de su casa y abandonó sus estudios; a los 13 años regresó con la abuela a la ciudad de México y aquí fue donde incrementaron sus problemas. Primeramente, una vecina que decía ser su amiga, la vendió a un señor, pero ella pudo escapar en un momento de distracción de éste, pero la policía la recogió y la llevó a una casa hogar, al

tercer día la abuela la sacó de ahí y la regresó a Puebla con los papás; un año más tarde pidió permiso para casarse y al no obtenerlo, se escapó de su casa para irse a vivir con él, pero duraron tan sólo 15 días juntos.

Comenta la paciente que después de esto, regresó a la ciudad de México y conoció a un muchacho con el que se fue a vivir a Michoacán, él un militar adicto a la marihuana y los psicotrópicos, con éste se casa e inicia el problema de la farmacodependencia. Ella refiere que cuando se embarazó por primera vez no dejó de fumar marihuana, y que su pareja la golpeaba demasiado. Tiempo después la paciente lo abandona y regresa a Puebla, pero él la buscó y le pidió una nueva oportunidad, ella decide regresar con él y al ver que el maltrato continúa lo deja definitivamente. Al año de haber nacido su hijo, el esposo la buscó y estuvieron juntos únicamente 15 días, ella quedó embarazada por segunda ocasión y el niño nació melingo encefalocélico y muere al año veinte días.

La paciente comentó que estando sola con su primer hijo decidió regresar a la ciudad de México para trabajar y tratar de rehacer su vida, y conoce a la que es su segunda pareja, aún sabiendo que éste era morfinómano, decide irse con él a los Angeles California. Allá la paciente ejerce la prostitución para poder comprar la heroína para ambos. Después de cuatro años la señora decide regresar a la ciudad de México donde sigue ejerciendo la prostitución y consumiendo marihuana y heroína, esta última refiere, comprarla en el picadero de la calle de Sonora.

En varias ocasiones estuvo detenida por ejercer la prostitución en Garibaldi, La Merced y diversos centros nocturnos.

En cuanto a su hija, comenta que la dejó viviendo con los abuelos y de vez en cuando les mandaba dinero para que la mantuvieran.

En 1971 conoció a un adicto que le comentó sobre el programa de morfina y acudió a la calle de Liverpool a realizar los trámites para ingresar a éste. Fue atendida por el Dr. Punaro quien no le realizó ningún estudio médico, poco tiempo después se le otorgó el permiso. Narra que en el año de su ingreso al programa había alrededor de 200 personas recibiendo la sustancia. Refiere que solamente en dos ocasiones no se les entregó la morfina e ignora por que razón. La única condición que se le dio, fue que no cometiera actos delictivos y que no hiciera mal uso de la sustancia.

Comenta que ésta la ha recogido en diferentes instituciones entre las que destacan el Hosp. Fray Bernardino Alvarez, Hosp. Samuel Ramírez y Centro de Atención Toxicológica.

A pesar de haber obtenido el permiso, siguió ejerciendo la prostitución , hasta el momento de haber iniciado una relación estable con una persona del mismo programa. Con él ha vivido en unión libre alrededor de 12 años, y refiere tener una relación buena pues lo considera como el mejor compañero y amigo de su vida. A ambos les regalaron una niña de dos años de edad e hija de una farmacodependiente, la cual actualmente tiene ocho años y desde el momento en que la recibieron, le han dado todo lo que ha estado a su alcance. La paciente cometa estar muy bien actualmente porque ha formado junto a su pareja e hija, una familia muy unida y feliz.

Recibe cinco gramos de morfina al mes y se inyecta tres veces al día, refiere no utilizar sustitutos por que en el momento en que sus dosis se termina él le da de la suya, con el fin de que ella no padezca los síntomas del síndrome de abstinencia. Comenta que nunca ha estado en un programa de rehabilitación pero sí ha intentado por su cuenta dejar aún lado el consumo de la droga sin haber obtenido resultados positivos por lo que no desea someterse actualmente a este proceso.

La colonia en donde vive se caracteriza por un alto índice de delincuencia, su vivienda cuenta con un cuarto grande dividido por una cortina de tela, un baño y una cocina provisional fuera del cuarto, cuenta con todos los servicios públicos, tiene una higiene y ventilación adecuadas.

La paciente mantiene una relación buena con los demás permisionarios del programa.

Cabe señalar que durante el tiempo de la investigación la paciente nos informó que le regalaron un niño de seis días de nacido.

CASO # 8

Nombre: R.R.A.

Sexo: masculino

Fecha de nacimiento: 02 de febrero de 1946

Edad: 47 años

Lugar de origen: México, D.F.

Escolaridad: Cuarto grado de primaria

Ocupación: Artesano (trabaja macramé)

Estado civil: Unión libre

Domicilio: Mpio. Nezahualcoyotl, Edo. de México

RRA de estatura baja, muy delgado, con aspecto de "enfermo", pálido, retraído, limpieza en su persona y su atuendo, blanco de cabello negro, representa su edad, con disposición con las entrevistas, no muestra alteración en su conducta.

Nacido en el barrio de Tepito donde, a su decir, "ahí padres e hijos son delincuentes", proviene de una familia donde el entorno parte de ocho hijos, su padre de oficio panadero, su madre dedicada al hogar, los ingresos eran insuficientes para el sostenimiento de la familia, a ello se agregó el alcoholismo de su padre lo que provocó muchas privaciones, su infancia la recuerda con tristeza porque el padre los maltrataba, y su adolescencia fue triste debido a las privaciones.

El medio ambiente, tanto de la familia como el social, propició sus ingresos a la correccional, lugar en el cual cursó hasta el cuarto grado de primaria; lo remitieron por robo.

A los 16 años inicia su adicción con marihuana, pastillas, cocaína, heroína que refirió haberla adquirido en el picadero de Lola la Chata, conocida traficante de la época, al terminar el mercado negro, viajó a Guadalajara, Jal. para adquirirla.

Refiere que sus padres nunca detectaron el problema de su adicción.

Para obtener el dinero se dedicó hasta 1972 al robo de casa-habitación y carterista, por ello estuvo en Lecumberri dos veces cumpliendo la primera vez una condena de un año diez meses y la segunda dos años tres meses, ello influyó en su vida ya que su matrimonio terminó, de éste procreó un hijo que actualmente tiene 21 años y a quien no frecuenta. Posteriormente estableció otra relación por diez años sin hijos y desde hace 16 años vive en unión libre con una integrante del grupo de morfina, ellos recogieron una niña de 8 años de edad y recientemente (agosto de 1993) les regalaron un niño recién nacido.

Por su relación con otros adictos, se enteró del programa, acudiendo en 1972 con el Dr. Punaro quien le autorizó el permiso con 6.5 gramos de morfina, la cual desde hace veinte años consume, suministrándosela tres veces al día. Comenta que su dosis en ocasiones le es insuficiente ya que si a su compañera le falta, él prefiere proporcionársela y la sustituye con alcohol y benzodiazepinas, actualmente consume cuatro cajetillas de cigarros al día.

La dosis la recoge en el Hosp. Samuel Ramírez, refiriendo que la única condición que le pusieron fue que no delinquiera, por ello se dedica a elaborar junto con su compañera recuerdos de 15 años, de boda, primera comunión, etc. y artículos de macramé, con los ingresos cubren sus gastos como familia.

Viven en una zona popular del Estado de México, en un departamento propiedad de él y sus hermanos quienes viven en el mismo predio donde existen tres departamentos más, el que él habita consta de sala-comedor,

recamara, baño, la cocina se encuentra contigua así como un espacio donde guardan algunas cosas, todo se encuentra muy limpio incluyendo cuatro perros french poodles, la colonia cuenta con todos los servicios públicos.

Tiene problemas de salud, padece gastritis por lo cual casi no come ya que todo le hace daño. En cuanto a su vida sexual informa que es normal únicamente aumenta su actividad cuando le falta la sustancia, la que no le resulta placentera.

Su mayor angustia es que algún día le quiten la sustancia, dice que es su vida. Intentó en una ocasión rehabilitarse pero posteriormente regresó a su adicción, actualmente no desea la rehabilitación.

Su relación con el resto del grupo es buena, en ocasiones presta o le prestan sustancia.

Como pareja han evitado que su hija se entere de su adicción.

CASO # 9

Nombre: I.M.F

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 01 de febrero de 1940

Edad: 53 años

Lugar de origen: México, D.F.

Escolaridad: Primaria completa

Ocupación: Comerciante ambulante

Estado civil: Casado (separado), actualmente en unión libre

Domicilio: Col. Buenos Aires, Deleg. Cuauhtémoc

Sin religión

El Sr. IMF es un individuo maduro, alto, delgado, cabello negro ondulado, tez morena, de apariencia descuidada en su persona y con vestimenta limpia.

La entrevista se realizó en dos sesiones debido a que la primera vez presentaba síntomas de abstinencia, por lo que no se pudo concluir ésta y se le tuvo que citar en el Centro de Atención Toxicológica para concluirla.

El paciente fue producto de un matrimonio que tuvo 16 hijos, ocupando éste el 5o. lugar. Su padre fue repostero y falleció a consecuencia de una operación de pulmón cuando el paciente tenía cinco años de edad, su madre falleció de diabetes a la edad de 52 años.

Su infancia la recuerda con tristeza debido a que careció de todo y tuvo que trabajar desde pequeño como bolero, voceador y otros subempleos mal remunerados. Sin embargo, recuerda a sus padres con cariño porque eran buenos con él. a pesar del alcoholismo del padre.

Comenta que a los diez años comenzó a ingerir alcohol y a los 14 años su adicción a la heroína, dada ésta por primera vez por un amigo. Era carterista y con ello obtenía el dinero para comprar la droga en el mercado negro de la Cd. de México.

En 1958 ingresó a Lecumberri por cuatro meses acusado de robo, tiempo después, no especificó, estuvo en el Reclusorio Oriente por tres días y en diversas ocasiones hasta por 15 días en separos delegacionales. Refiere haber sido una persona agresiva desde pequeño ya que vivían en Tacubaya y, como el ambiente era muy difícil, tenía que defenderse de los mayores por lo que generalmente portaba cuchillos.

A los 27 años aproximadamente, contrajo matrimonio y procreó 5 hijos, comenta que vivieron 6 años en Chicago, en donde trabajó como obrero, un año después de su regreso (1981) se separó de su esposa y meses después se unió con una señora con la que procreó un hijo varón.

En cuanto a su ingreso al programa, narra que su madre lo llevó al Hosp. Fray Bernardino Alvarez para que lo atendieran por su problema de farmacodependencia, allí se enteró del programa y realizó sus trámites en Lieja con la QFB. Candelaria Martínez, por lo que ingresó al mismo en 1990, poniéndole como condición que dejara de cometer actos delictuosos.

Actualmente recibe tres gramos de morfina y comenta que no le alcanza para el mes completo, por lo que tiene que viajar a Guadalajara y Sinaloa para comprar heroína y utilizarla como sustituto, además de psicotrópicos y de vez en cuando se inyecta cocaína. Comenta no haber tenido problemas legales a raíz de haber obtenido el permiso.

Actualmente trabaja como comerciante ambulante siendo él el único que aporta dinero al hogar, paga N\$300.00 de renta, su vivienda cuenta con una estancia, cocina, baño y una recámara, las condiciones del mobiliario son

malas. Su vivienda se ubica en el interior de una vecindad la cual está en una zona vieja de la ciudad de México y refiere que en ésta hay un alto índice de criminalidad.

Respecto a su familia, comenta que lleva una muy buena relación con su pequeño hijo y que por el contrario a los de su matrimonio no los frecuenta. Lleva una buena relación con la persona con la que actualmente vive y hace énfasis en que su apetito sexual aumenta cuando abusa de la dosis.

El paciente refiere tener buen estado de salud a pesar de que ha tenido varios accidentes automovilísticos por conducir en estado de ebriedad.

Ha intentado rehabilitarse por sí solo y ha durado así hasta 7 días, pero al presentarse los síntomas de la abstinencia reincide.

CASO # 10

Nombre: F. M. L.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: Año 1897

Edad: 96 años

Lugar de origen: Zacatecas, Zacatecas

Escolaridad: Analfabeta funcional

Ocupación: Pensionado

Estado civil: Casado

Domicilio: Col. Panamericana, Deleg. Gustavo A. Madero

Religión: Católica

FML es un anciano, alto, delgado de tez morena clara, conserva su apariencia de "provinciano", le falta el antebrazo y mano izquierda, que, según refiere la perdió en un accidente automovilístico, presenta especial dificultad para las entrevistas, confunde datos, personas, fechas y fantasea con la información.

Nació en un Estado al norte del país, refiere que su padre fue alcohólico, lo que provocó su muerte, no informa fecha, su madre fue "una santa". El padre lo golpeaba, no informa de más familiares, ellos no conocieron su adicción, contrajo matrimonio en dos ocasiones, dice que de su primera unión tuvo un hijo y que al nacer éste su esposa murió; de la segunda, que aún conserva, no precisa cuántos hijos tuvo, limita que la esposa proporcione información y a decir de ella, confunde hijos con adoptados y nietos.

Emigró al Distrito Federal hace 27 años sin manifestar las causas.

En 1913 ingresó al Ejército y se retiró en 1932, recibe pensión, dice que fue instructor de tiro. En 1923 recibió un balazo en la cabeza por ello le suministraban morfina, dice que en el Hospital Militar le daban 20 cl. de morfina y que era pura, no tenía otras adicciones, también informa que en la Defensa le proporcionaron la morfina y después se dio cuenta que ya estaba inscrito en el programa, no le efectuaron exámenes ni le condicionaron la entrega, comenta que aproximadamente 24 personas integraban el grupo, de ello hace más de 40 años, él venía desde Monterrey a recibir la dosis.

Refiere que toda su familia conoce su adicción, la relación con su esposa y nieta con las que vive es poco armónica, ellas le controlan la sustancia, recibe diez gramos mensuales que aparentemente le son suficientes.

Durante la entrevista se quejó de que no le entregan su dosis completa, al revisar el sobre estaba sellada, también refirió un sinnúmero de malestares: que se le paraliza el estómago, que tiene mala digestión, entre otros, por lo que toma diferentes medicamentos que combina constantemente. Refiere que en ocasiones piensa en suicidarse pero no lo hace porque es católico.

Actualmente vive con su esposa la cual padece de artritis y de obesidad. También vive con una nieta de 32 años que no trabaja en forma permanente, es profesora de primaria.

La casa que habitan está en una colonia popular al norte del D.F., es una construcción amplia, de un nivel, antigua que cuenta con todos los servicios públicos.

Se mantienen de la pensión y de la venta de servilletas que borda su esposa.

Recibe 10 grs. de morfina la cual se inyecta tres veces al día, ésta se la controla su nieta para que no abuse de la sustancia.

Comenta que solo en dos ocasiones ha sido detenido por utilizar la droga.

En la búsqueda hemerográfica, en el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, se encontró el expediente del Sr. FML correspondiente a los años 1935 a 1937 donde se señalan varias detenciones y traslados al Hospital de "La Castañeda" para desintoxicarlo. En algunos se mencionan detenciones por delitos contra la salud.

CASO # 11

Nombre: R. F. R.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 03 de enero de 1940

Edad: 53 años

Lugar de origen: México, D.F.

Escolaridad: Tercer año de primaria

Ocupación: Sin ocupación

Estado civil: Casado

Domicilio: Col. Culturas de México, Chalco Edo. de México

Religión: Católica

El Sr. RFR es de estatura baja, delgado, cabello entre cano, tez morena clara, desaliñado tanto en su persona como en su vestimenta.

La entrevista se realizó en dos sesiones debido a que en la primera ocasión, después de inyectarse, se quedó dormido y tuvo que concluirse en una segunda entrevista.

Recuerda a sus padres con cariño. Fue el menor de dos hermanos (éste lo rechaza por su problema de farmacodependencia). Su madre falleció cuando él tenía seis años de edad a consecuencia de problemas cardíacos, y su padre hace apenas un año, de cirrosis debido a su alcoholismo.

Comenta que se padre siempre mostró una preferencia hacia su hermano. En su niñez careció de recursos económicos, su padre era bolero y era el único que sostenía el hogar.

El paciente dejó los estudios desde pequeño y se dedicó a revender boletos.

Consumió tabaco y marihuana a los 10 años de edad y esporádicamente bebía alcohol. En cuanto a su adicción a la heroína, comenta que a los 18 años comenzó a inyectarse. En una ocasión uno de sus amigos lo invitó a probarla y él por "machismo" aceptó.

Se convirtió en carterista para obtener el dinero de la sustancia la cual compraba en el mercado negro de la ciudad de México con Lola la chata.

Sus padres nunca detectaron el problema de su farmacodependencia.

A los 10 años de edad estuvo recluido en el Consejo Tutelar para menores por revendedor, por esa misma razón fue detenido en varias ocasiones en "El Carmen". También estuvo en Lecumberri 15 días, acusado de robo.

Se enteró del programa por un adicto que conoció, realizó los trámites en la Oficinas de la Secretaría de Salud ubicadas en la calle de Liverpool con el Dr. Punaro; lo condicionaron para que no delinquiera. Cuando él ingresó había de 70 a 80 permisionarios. La sustancia la ha recogido, según informa, en el Hosp. Samuel Ramírez y en el Centro de Atención Toxicológica.

Comenta que desde que recibe la morfina su vida cambió, porque dejó de robar, pudo trabajar de voceador y así mantener a su familia.

Cuando se casó, su esposa ya sabía de su adicción. Procreó con ella siete hijos y son ellos quienes actualmente los sostienen debido a que él ya no trabaja.

Su hijo de 21 años comenta que su padre es un vicioso, un desobligado y que ellos han tenido que trabajar mucho para construir la casa donde viven. Refiere que ninguno de sus hermanos tiene alguna adicción.

El Sr. RFR lleva una buena relación con su esposa, es ella quien le administra la dosis.

Aparentemente cuenta con buena salud.

Comenzó recibiendo seis gramos de morfina y ahora recibe siete. Se inyecta tres veces al día y debido a que no le es suficiente ésta ingiere benzodicepinas y alcohol, además, se fuma 15 cigarros diariamente.

No desea rehabilitarse, en una ocasión trató de hacerlo y el síndrome de abstinencia le afectó mucho.

Vive en una zona rural, su casa consta de tres recámaras, sala, baño y cocina. Las condiciones de higiene así como el mobiliario de la habitación son deficientes.

CASO # 12

Nombre: A. M. D. O.

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 25 de noviembre de 1925

Edad: 68 años

Lugar de origen: Tehuantepec, Oaxaca

Escolaridad: Secundaria y normal incompleta.

Ocupación: Hogar

Estado civil: Viuda

Domicilio: Col. Centro, Deleg. Cuauhtémoc

Religión: Católica (creyente)

De estatura mediana, de complexión regular, morena clara, con el cabello teñido y con exceso de maquillaje la Sra. AMDO, representa su edad, trata de disimular que cojea al caminar, fuma constantemente, con una falsa disposición para las entrevistas, tiene habilidad para desviar la conversación, oculta información tratando de aparentar una honorabilidad que no posee, tiene una cicatriz en la cara.

Emigró a la ciudad de México cuando tenía 17 años de edad, dejando a sus padres y a sus nueve hermanos con quienes dice mantener una buena relación. Con su padre se llevó bien hasta que en 1983 falleció a consecuencia de la diabetes, y la madre en diciembre de 1992 sin referir la causa. Recuerda a sus padres con cariño debido a que nunca la maltrataron.

En su lugar de origen cursó la secundaria y parte de la normal, siempre deseo vivir en una Ciudad grande, por lo que emigró a ésta, a los 18 años empezó a laboral en la "Forestal y Pesca", ahí inició la amistad con un

compañero que le pidió que llevara un encargo a una fiesta, al estar en éste lugar se percató que se estaban drogando con heroína, poco tiempo después por curiosidad se la inyectó y desde entonces es adicta. No aclara como conseguía el dinero para su adicción ya que su sueldo de burócrata lo empleaba en su manutención, insiste en negar que se prostituyera para obtener recursos y comprar la droga, la cual adquiría en el "picadero de Lola la chata". A los 26 años inició con el tabaquismo.

Durante seis años conservó su trabajo, posteriormente fue cajera, dependienta y su última ocupación la desempeñó como empacadora. En todos sus trabajos tuvo problemas por su adicción.

Sus padres no sabían de su farmacodependencia, en cambio, sus hermanos sí lo conocían.

Sin precisar fechas dice que conoció al que fue su esposo siendo ya heroinómano y cuando se casaron él ya tenía el permiso; no proporciona mayor información concretándose a decir que falleció.

Ella ingresó al programa en 1981, se enteró de éste por unos amigos, se entrevistó con el Dr. Lizarraras y obtuvo su permiso. Un año después le dijeron que la única condición para continuar en el programa era que no cometiera actos delictivos, si no sería suspendida. No le realizaron ningún examen para asignarle la dosis.

Audía a recoger la sustancia al Hosp. Samuel Ramírez, dice que aproximadamente 40 personas recibían la morfina.

Comenta que no se ha sometido a ningún tratamiento de rehabilitación. Evade comentar si han existido cambios en su vida a raíz de su ingreso al programa.

Reconoce que en una ocasión fue detenida cuando llevaba la sustancia y que hace poco unos agentes judiciales catearon su domicilio sin saber la razón. Ocupa palabras altisonantes para referirse a este incidente.

De su matrimonio nacieron dos hijas, la mayor con quien vive y la sostiene tiene 29 años, es soltera con carrera profesional de contaduría y trabaja en un banco; la menor falleció cuando tenía 18 años en 1989, ésta se casó a los 14 años y procreó dos hijos que actualmente viven con su padre.

Comenta que su hija no está de acuerdo con su adicción y a decir de la entrevistada su hija no tiene ninguna adicción; ella es quien le administra los siete gramos que recibe mensualmente.

La Sra. AM comenta que en tres ocasiones ha estado internada, una por deshidratación el año pasado (1992), otra operada de una hernia hiatal y operada un mes después por colecistectomía. Presenta desviación de la columna vertebral con repercusión sobre la marcha, sin dolor ni limitación del movimiento.

Se le preguntó en varias ocasiones sobre la cicatriz que tiene en la cara y después de evadir la respuesta, comentó que la asaltaron y que con una navaja le provocaron la herida, no profundiza en la información.

Niega consumir alguna otra droga, únicamente fuma una cajetilla diaria de tabaco e informa que la sustancia le es suficiente. Actualmente se suministra tres dosis diarias.

Le gustaría someterse a algún tratamiento de rehabilitación.

Actualmente vive en un departamento que cuenta con todos los servicios en el centro de la Ciudad, tanto el espacio como el mobiliario son suficientes y están en buen estado de conservación y limpieza.

De sus compañeros de grupo comenta que carecen de educación y trato social por ello sólo tiene amistad con dos de ellos, con los demás no tiene problemas, no pide prestada sustancia ni presta.

En el Archivo Histórico de la Secretaría de Salud se localizaron dos expedientes donde se señala que la paciente ejerció la prostitución y que fue detenida en varias ocasiones y algunas veces remitida a "La Castañeda" para su desintoxicación.

En otro refiere que consume benzodiazepinas cuando no le alcanza la dosis y que en ocasiones pide prestada la morfina.

CASO # 13

Nombre: J. C. L.

Sexo; Masculino

Fecha de nacimiento: 22 de abril de 1935

Edad: 58 años

Lugar de origen: México, D.F.

Escolaridad: Segundo año de bachillerato

Ocupación: Comerciante ambulante

Estado civil: Casado (separado)

Domicilio: Col. Algrín, Deleg. Cuauhtémoc

Religión: Católica (creyente)

El Sr. JCL es un hombre maduro de estatura alta, muy delgado y demacrado, tez blanca, cabello entrecano, con apariencia descuidada.

Proviene de una familia de clase media, su padre falleció cuando él tenía seis años de edad, a consecuencia de problemas cardíacos; su madre falleció hace cinco años debido a un coma diabético, fue hijo único y recuerda que su madre era de carácter fuerte y constantemente lo regañaba, por lo que considera que por ésta razón mantenían una relación distante.

El recuerda su adolescencia con agrado, debido a que estudiaba y trabajaba en la Secretaría de Salubridad y Asistencia, pero en el segundo año de preparatoria decidió dejar la escuela y dedicarse únicamente a trabajar.

En una ocasión, el paciente al regresar de una fiesta una taxista le quiso cobrar más de la cuenta y éste se molestó, por lo que iniciaron una discusión y al llegar la patrulla, el taxista lo acusó de querer robarle el auto por lo que fue detenido y encarcelado por un año en Lecumberri, a la edad de 20 años.

Ahí fue donde por primera vez probó la heroína y se hizo adicto, una vez fuera de prisión conseguía la droga en el mercado negro con Lola la chata, dedicándose a robar a transeúntes para conseguir el dinero y, siendo nuevamente recluido y condenado a 11 años de prisión donde pasó: dos años y medio en Lecumberrí, dos años y medio en Sta. Martha y cinco años ocho meses en las Islas Marías. En ésta última trabajó cortando henequén y en las salinas.

Estando preso en Sta. Martha contrajo matrimonio, su esposa sabía todo sobre su adicción al momento de casarse.

Al salir, comenzó a robar bancos y comercios, como una venganza a la sociedad según comenta, y cayó en prisión en 1971 acusado de robo a banco saliendo libre dos años después.

Informa que la última vez que tuvo problemas legales fue en 1981 del delito de daños contra la salud, y fue detenido solamente una semana en Sonora. Ahí fue donde se enteró de la existencia del programa de morfina, ese mismo año ingresó a éste. Realizó los trámites con el Dr. Punaro y con el Dr. García; no lo sometieron a ningún tipo de estudio médico antes de recibir el permiso. Cuando ingresó había 120 personas aproximadamente recibiendo la sustancia. Este la ha recogido en diversos lugares: calle de Liverpool, Hosp. Fray Bernardino, Oficinas de Lieja, Hosp. Samuel Ramírez y Centro de Atención Toxicológica. La única condición que le pusieron fue que no delinquiera.

Actualmente vive solo, debido a que hace siete años se separó de su esposa por sus problemas de farmacodependencia, sin embargo, lleva una buena relación con su familia y casi diariamente come con ellos.

Sus cuatro hijos conocen el problema de su farmacodependencia y es su hija mayor quien le dosifica la sustancia para que le alcance todo el mes.

El paciente se mantiene vendiendo varios además de sus rentas, ya que tiene un terreno el cual es herencia de su abuelo materno y lo renta a cinco inquilinos.

Mantiene una relación afectuosa con una viuda, sus relaciones sexuales son esporádicas y, cuando le falta la sustancia su apetito sexual disminuye.

El estado de salud del paciente es deficiente, se queja de un fuerte dolor de abdomen y de depresiones, además a padecido viruela, hepatitis aguda, bronconeumonía, quistes amibianos en el hígado y tiene una herida en el mismo ocasionada por arma blanca durante una riña en 1975.

Recibe ocho gramos mensuales de morfina, como se mencionó anteriormente, se la dosifica su hija mayor. Se inyecta de tres a cuatro veces al día y debido a que no le alcanza sus dosis mensual diariamente fuma marihuana, toma benzodicepinas y se fuma tres cajetillas de tabaco.

Refiere no estar dispuesto a la rehabilitación ya que se considera una persona muy débil de carácter.

Con sus compañeros del programa solamente tiene una relación de "préstamo y pago de morfina".

Su vivienda está ubicada en el mismo terreno en donde renta, consta de dos recámaras, baño y cocina; cuenta con todos los servicios públicos pero las condiciones de higiene y ventilación son deficientes.

Su madre no detectó el problema sino hasta cinco años después de que el paciente comenzó a drogarse, por lo que ella lo internó en una clínica particular para su rehabilitación pero al darlo de alta reincidió. Comenta que su madre ya está resignada y prefiere verlo bajo el efecto de la morfina que con los del alcohol y marihuana.

En cuanto a sus problemas legales, estuvo detenido durante tres meses en Hermosillo al igual que en Tijuana y Nogales. En la correccional para menores durante un año tres meses por el delito de daños contra la salud. De 1980 a 1983 en el Reclusorio Oriente con una condena de 7 años tres meses por la misma causa, pero por apelación solamente permaneció tres años. La última vez fue detenido en la Penitenciaría por 15 días.

A raíz de que salió libre trabajó ocho años como chofer de transporte colectivo, posteriormente fue empleado de un lavado de autos por ocho meses y a partir de haber obtenido su permiso, hasta la fecha, se dedica al comercio ambulante vendiendo ropa usada e imitaciones de perfumes.

Se enteró del programa por medio de otros permisionarios y sus trámites los realizó con el Dr. Punaro en el Hosp. Fray Bernardino en 1976 y 10 años después le otorgaron el permiso para entregarle la morfina mensualmente, con la condición de que dejara de cometer actos delictivos y sobre todo, que su familia estuviera de acuerdo en que recibiera la morfina.

Comenta que cuando ingresó había al rededor de 30 personas recibiéndola y que solamente en dos ocasiones no les han entregado la morfina. La sustancia la ha recogido en el Hosp. Samuel Ramírez y en el Centro de Atención Toxicológica.

Informa que notó un cambio en su vida al obtener su permiso porque se dedicó a trabajar y a convivir más con su esposa e hijos con la que vive desde hace 24 años y con quien procreó 6 hijos. Actualmente solo viven con los dos

CASO # 14

Nombre: I. D. F.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 02 de febrero de 1940

Edad: 53 años

Lugar de origen: México, D.F.

Escolaridad: Cuarto grado de primaria

Ocupación: Talabartero

Estado civil: Casado

Domicilio: San Cristóbal Ecatepec, Edo. de México

Religión: Católica (creyente)

El Sr. IDF es un hombre alto, robusto, cabello canoso, tez morena clara, de apariencia limpia.

El señor IDF nació en el D. F., proviene de una familia nuclear, donde la educación era muy estricta y la comunicación muy limitada. Tiene recuerdos tristes de la infancia debido a que su padre lo obligaba a trabajar para que tuviera derecho a tomar los alimentos en el hogar, comenta que éste fue muy irresponsable y alcohólico.

Refiere haber abandonado sus estudios desde el momento en que ingresó a trabajar en unas bodegas del mercado de La Merced, que eran propiedad de su padre. Allí el paciente, desde pequeño, comenzó a manejar grandes cantidades de dinero, lo cual, con el tiempo, lo convirtió en una persona muy ambiciosa.

Comenta que su padre falleció hace 25 años en un accidente y su madre hace 8 años a consecuencia de una pulmonía. Este matrimonio procreó cuatro hijos, ocupando el paciente el segundo lugar entre sus hermanos.

Al igual que su infancia, su adolescencia fue muy dura debido a que a los 17 años de edad comenzó su adicción a las drogas por unas personas que él sabía que con regularidad iban con Lola la Chata a comprar la heroína y por curiosidad la probó; su dependencia aumentó y tuvo que robar para adquirir la sustancia. Cuando ésta escaseaba en la Cd. de México realizaba viajes a Guadalajara y a Tijuana, para adquirirla en el mercado negro de esos lugares.

Refiere que sus padres detectaron el problema cuando él tenía 20 años y por vergüenza se fue de su casa y nunca más regresó a ésta perdiendo toda comunicación con su familia.

En 1962 ingresó a Lecumberri a cumplir una condena de tres años por el delito de robo, en 1966 cumplió otra, en el mismo lugar, por un año nueve meses por la misma causa.

Tiempo después se casó y tuvo 6 hijos, pero sus actos delictivos no los abandonó porque de sostener a su familia, tenía que comprar la heroína.

Refiere que en varias ocasiones fue internado en el Hospital Federal para Toxicómanos en el cual le daban morfina como parte de un tratamiento, en éste permanecía dos o tres días y en una ocasión lo llevaron directamente a la Secretaría de Salud donde comenzaron a darle la morfina mensualmente (1969). Considera que fue mas por imposición que por su voluntad.

Comenta que con la heroína se sentía mejor que con la morfina por esta razón le tomó tiempo acostumbrarse a ella.

Los trámites los realizó con el Dr. Uriarte en el Instituto de Neurología ahí le realizó exámenes de autoadministración y con ello determinó la cantidad de morfina que recibiría cada mes, lo condicionaron para que dejara de robar.

Informa que ha ido a varios lugares en todos estos años, a recoger su dosis como el Instituto de Neurología, Hosp. Fray Bernardino, Oficinas de Lieja, Hosp. Samuel Ramírez y actualmente en el Centro de Atención Toxicológica. Además de esto, comentó que en el año de su ingreso había alrededor de 80 permisionarios, y que en dos ocasiones no les han entregado la sustancia.

El haber ingresado al programa significó un cambio importante en su vida porque dejó de robar, sus cuñados le enseñaron a trabajar la piel y así pudo obtener un trabajo estable que le permitió sostener a su familia. No volvió a tener problemas legales.

A pesar de que la esposa se enteró de su adicción poco antes de que la hija menor cumpliera quince años, aún siguen juntos y lo apoya en todo. Los hijos desconocen el problema de su farmacodependencia.

Comenta que cuando no está bajo el efecto de la morfina, su apetito sexual aumenta.

Su estado de salud, aparentemente es bueno.

La esposa le controla la sustancia con el fin de que los 7 gramos que recibe le alcancen para todo el mes. Se inyecta tres veces al día.

Cuando la morfina se le termina ingiere benzodicepinas para evitar el síndrome de abstinencia y normalmente fuma 10 cigarros diarios. No toma alcohol porque su padre era alcohólico y ello le ocasionó un trauma en su vida además de que no quiere darles mal ejemplo a sus hijos.

Hace diez años, en dos ocasiones estuvo en tratamiento de rehabilitación en una granja pero no le dio resultado. No desea la rehabilitación. Siente angustia al pensar que algún día le puedan retirar la sustancia por lo que trata de portarse bien y de cumplir con todo lo que le piden en el Centro de Atención Toxicológica.

Solamente en una ocasión ha tratado de suicidarse por la falta de la morfina.

Se siente afortunado por haber formado una familia "bonita y unida", por tener un trabajo y porque la vida le ha dado muchas cosas.

El paciente mantiene una relación neutra con los demás compañeros del programa, solamente los ve cuando recoge su dosis, sin embargo, sabe que en cualquier momento que lo requiera ellos le pueden prestar sustancia.

Vive en una colonia ubicada en el Estado de México la cual cuenta con todos los servicios públicos pero ésta tiene un alto índice de delincuencia, según dice.

CASO # 15

Nombre: M.L.A.V.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 17 de septiembre de 1954

Edad: 38 años

Lugar de origen: México, D.F.

Escolaridad: Cuarto año de primaria

Ocupación: Comerciante ambulante

Estado civil: Casado

Domicilio: Col. San Miguel Teotongo, Deleg. Iztapalapa

Religión: Católica (creyente)

El Sr. MLAV es un hombre alto, delgado, tez morena, cabello entrecano, desaliñado en su persona y en su vestimenta de aspecto desagradable.

Se muestra agresivo y ansioso en las entrevistas realizadas.

Proviene de una familia nuclear, pequeña, la cual se desintegró por la muerte, primeramente del padre cuando el paciente tenía 5 años y luego su hermano en una accidente automovilístico por lo que solamente quedaron su madre y él.

Su padre trabajaba como intendente y de vez en cuando pintaba automóviles, al fallecer éste su madre comenzó a trabajar como archivera en PEMEX la cual siempre tuvo una preferencia por el hermano.

A los 14 años se fue a Tijuana y ahí inició su adicción a la heroína, alcohol, marihuana, benzodiazepinas y tabaquismo. Comenzó a robar para obtener el dinero para la droga. Al regresar a la ciudad de México, la heroína la conseguía en el mercado negro con Lola la Chata y en el mercado de Sonora.

más pequeños, de 2 y 5 años respectivamente, lo demás están casados. Sus hijos conocen el problema de farmacodependencia de su padre pero no preguntan nada.

Comenta llevar una buena relación con su esposa y tener una vida sexual activa, aunque su esposa refiere que tienen relaciones sexuales cada 5 meses y que no son satisfactorias.

El paciente padece depresiones y angustia, según comenta, cuando no tiene la morfina, por lo que en cuatro ocasiones ha intentado suicidarse al igual que su esposa la cual presenta trastornos psiquiátricos por los que frecuentemente tiene que ingerir medicamento. Comenta que sus problemas son consecuencia de la farmacodependencia de el paciente.

Informa que la esposa le controla los 6 gramos que recibe porque en ocasiones se inyecta hasta cuatro veces al día y fuma marihuana cada tercer día, además, cuando no le alcanza toma benzodicepinas. En un principio, recibía 4 gramos y sin haber hecho ninguna petición le aumentaron dos más.

No está dispuesto a someterse a un tratamiento de rehabilitación .

Aparentemente cuenta de buena salud.

La relación con sus compañeros es neutral pero en una ocasión por no querer pagar la dosis prestada a uno de ellos tuvieron una riña con armas punzocortantes y ambas familias se vieron involucradas.

Vive en una colonia popular donde abunda la delincuencia. Carecen de servicios públicos como drenaje y pavimentación. La vivienda está en pésimas condiciones de higiene y, así también, el mobiliario.

CASO # 16

Nombre: L.O.G.

Sexo: Masculino

Fecha de nacimiento: 02 de agosto de 1931

Edad: 62 años

Lugar de origen: México, D.F.

Escolaridad: Cuarto año de primaria

Estado civil: Casado

Ocupación: Comerciante de ropa usada

Domicilio: Col. Ampl. Presidentes, Deleg. Alvaro Obregón

Religión: Católica

Alto, delgado, demacrado, representa más edad de la que tiene, su actitud y su forma de expresarse dejan manifiesta su habilidad para evadir las preguntas que puedan comprometerlo, difícil para las entrevistas, acostumbrado a mentir trata de aparentar una honestidad que está lejos de poseer.

Proviene de una familia de escasos recursos donde el padre era alcohólico, éste aún vive (84 años), ha sobrevivido a su madre que falleció de cáncer.

A los 14 años se inicia en el alcoholismo, a los 17 tabaquismo, y por sus amigos, agrega a sus adicciones a los 18 años la heroína, comenta que la conseguía con "Lola la Chata", en Lecumberri, Santa Martha, Guadalajara o Tijuana. Para obtener el dinero, robaba, expresa que "fue muy travieso" y que por ello estuvo siete años y medio en Lecumberri, con anterioridad estuvo en

la correccional y también fue enviado a las Islas Marías. Se ufana de haber conocido a los personajes del hampa, si bien los menciona, no profundiza en la información, porque teme "represalias".

En 1980 se enteró a través de unos amigos con los que estuvo en prisión, sobre el programa e inició los trámites para ingresar al mismo con el Dr. Punaro. No le practicaron ningún examen y únicamente le condicionaron para que dejara de delinquir.

Inicialmente le autorizaron dos gramos y tiempo después, no señala fecha, le fue aumentada la dosis a cuatro gramos.

En 1970 se unió libremente con su actual compañera, procrearon 4 hijos de 22, 21, 18 y 13 años de edad respectivamente.

La entrevista fue problemática ya que su esposa no habla si él no le autoriza y afirma que su esposa no conoce su pasado por lo que oculta información.

Asegura que, a pesar de que sus hijos conocen el problema de su adicción, éstos lo respetan y ninguno de ellos tiene problemas de farmacodependencia. Sus hijos mayores no trabajan ni estudian, los dos menores si asisten a la escuela.

Afirma que su relación de pareja es "normal" y satisfactoria y que a partir de que recibió la dosis su vida es más estable.

La droga se la controla su esposa pero que como no le alcanza para todo el mes tiene que ingerir pastillas como el demerol. Sin embargo, comenta no estar dispuesto a someterse a algún tratamiento de rehabilitación.

Se sostienen vendiendo ropa usada, dice que gana entre N\$80.00 y N\$300.00 diarios. Ello no concuerda con la casa que habitan, si bien, está en una colonia popular de la Deleg. Alvaro Obregón, la casa es una construcción

formal, amplia, de dos niveles, con buenos acabados, la construcción es de alto costo. En la parte exterior de la vivienda, venden verduras y están instalando un comercio formal que aún no funciona.

En cuanto a la relación con los compañeros del grupo, refiere que tuvo un problema con uno de ellos ya que lo amenazó con una navaja para que le prestara droga pero el Sr. LOG se negó, por esta razón se han alejado de los compañeros y actualmente ninguno de ellos conoce su nuevo domicilio, para evitar que los molesten.

CASO # 17

Nombre: JGL

Sexo: Femenino

Fecha de nacimiento: 30 de marzo de 1919

Edad: 74 años

Lugar de origen: Zacatecas, Zacatecas

Escolaridad: Quinto año de primaria

Ocupación: Sin ocupación

Estado civil: Viuda

Domicilio: Casa de Protección social, Deleg. Azcapotzalco

Religión: Católica

La Sra. JGL es una persona de estatura media, con un peso aproximado de 60 Kgrs., de cabello canoso, tez blanca, pálida, de apariencia agradable y con una actitud de cooperación hacia la entrevista.

Comenta que su padre fue un hacendado originario de Zacatecas, el cual falleció antes de que ella naciera a consecuencia de la influenza, la familia de éste despojó a la madre de sus bienes, quedando ella y la Sra. JGL desprotegidas. La paciente vivió con su madre hasta los 3 años de edad debido a que la abuela materna la trajo al D.F. a vivir con unos tíos que, según refiere, la maltrataban.

Años después su madre contrajo matrimonio del cual nacieron dos hijas, una de ellas falleció y la otra nunca mantuvo una buena relación con la paciente, principalmente por su problema de farmacodependencia.

Refiere que su niñez la vivió rodeada de carencias de todo tipo, y abandonó los estudios porque prefería estar en la calle con amigos.

A los 9 años empezó a fumar y a los 10 a consumir bebidas alcohólicas.

Informa que a los 14 años fue vendida a un español el cual abusó de ella sexualmente lo cual no comentó por temor a que no le creyeran. Un año después fue mordida por un perro y una amiga la inyectaba diciéndole que el medicamento que le suministraba sanaría la herida producida por el animal, así transcurrieron 15 días hasta que esta persona dejó de inyectarla y la paciente comenzó a sentirse muy mal por lo que recurrió al boticario quien le informó que lo que le estaban inyectando en realidad era heroína; iniciando así la adicción a ésta.

Comenta que al sentir los síntomas de abstinencia, le pidió a la persona que la había "enviciado", la llevara a un lugar en el que pudiera comprar la sustancia, de esta manera conoció a Lola la Chata y por mucho tiempo la conseguía con ella.

A los 22 años de edad estuvo en Lecumberri alrededor de un mes por agredir con arma blanca pero salió bajo fianza y al no cumplir las condiciones impuestas fue recluida nuevamente un año.

A los 28 años mantuvo dos relaciones afectuosas en un mismo tiempo, con personas que al igual que ella, eran adictas.

Refirió haberse practicado cuatro abortos porque consideraba que un hijo le iba a "estorbar" pues además de su adicción ella ejercía la prostitución para obtener recursos que le permitieran comprar la droga.

Comenta haber estado internada en varias ocasiones en el Hospital Federal para Toxicómanos, en el cual le inyectaban morfina como parte de un tratamiento que la institución brindaba a los heroínómanos. En 1972 ingresó al programa de tratamiento sustituto, no informa como se enteró de éste, realizó sus trámites en las Oficinas de la Secretaría de Salubridad, directamente con el Dr. Punaro quien estaba a cargo de dicho programa.

En el año de su ingreso había alrededor de 300 permisionarios de los cuales muchos fallecieron por sobredosis y abstinencia.

Informó que a raíz de la obtención de su permiso notó un cambio en su vida porque dejó de ejercer la prostitución y no tuvo más problemas de tipo legal.

Refiere que para obtener dinero con el cual pagaría la cuota de recuperación del programa, en ocasiones realizaba quehaceres domésticos en las casas de otros permisionarios.

Actualmente la Sra. JGL padece de cataratas, desnutrición de segundo grado y diabetes.

Recibe siete gramos de morfina y se los controla el médico de la casa de protección social donde vive. Se inyecta de tres a cuatro veces al día y refiere no utilizar ninguna otra droga únicamente fuma de uno a tres cigarros de tabaco al día.

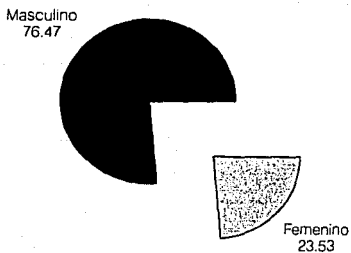
Comenta que está dispuesta a someterse a un tratamiento de rehabilitación.

La relación que lleva con los demás permisionarios considera que es buena, aunque solamente los ve cuando reciben la morfina mensualmente.

La paciente comentó que el personal de la Casa de Protección Social le da buen trato, pero desea vivir en otro lugar ya que ahí no puede desarrollar ninguna actividad y se la pasa generalmente dormida.

Gráfica # 1

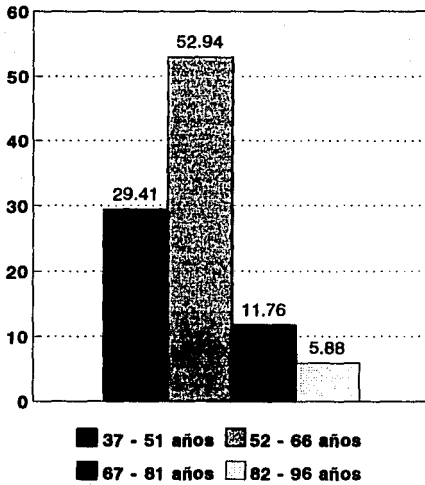
Sexo



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 2

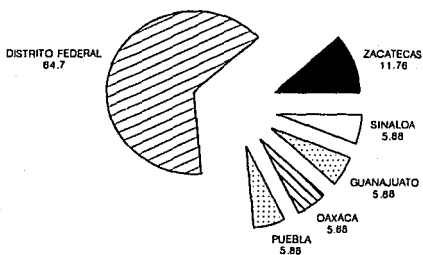
Edad



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 3

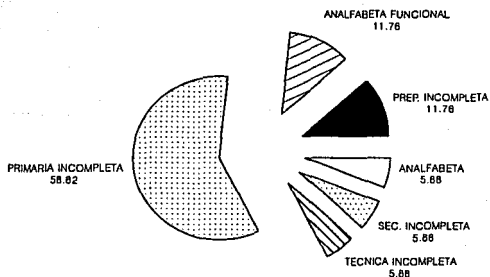
Lugar de origen



Fuente: Investigación realizada en CAT

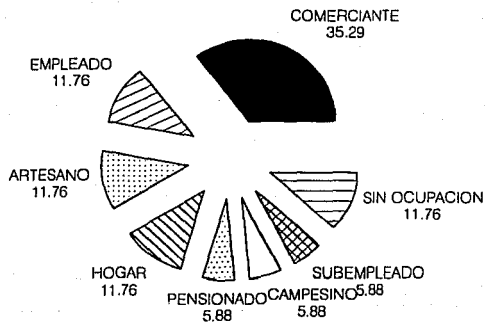
Gráfica # 4

Escolaridad



Fuente: Investigación realizada en CAT

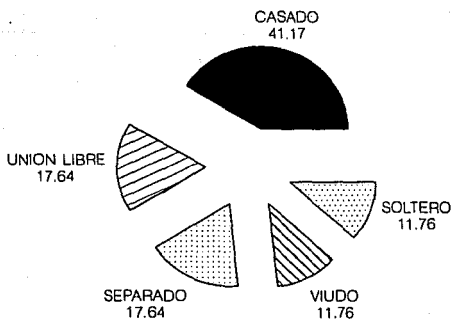
Gráfica # 5 Ocupación



Fuente: investigación realizada en CAT

Gráfica # 6

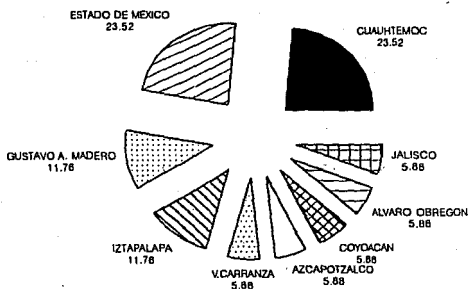
Estado civil



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 7

Domicilio por delegación



Fuente: investigación realizada en CAT

Gráfica # 8

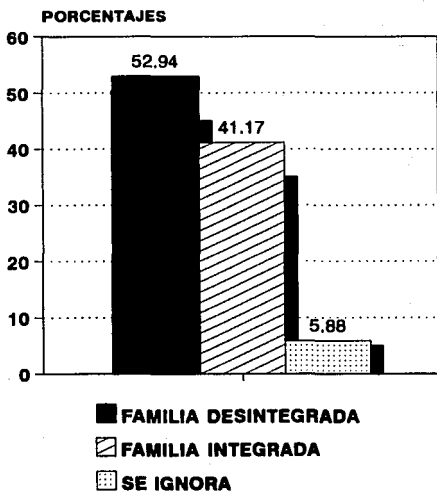
Religión



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 9

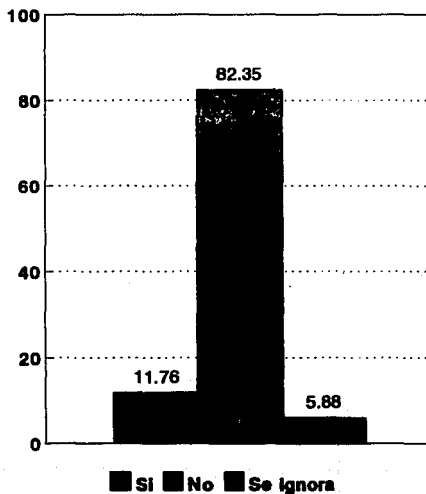
Tipo de familia de origen



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 10

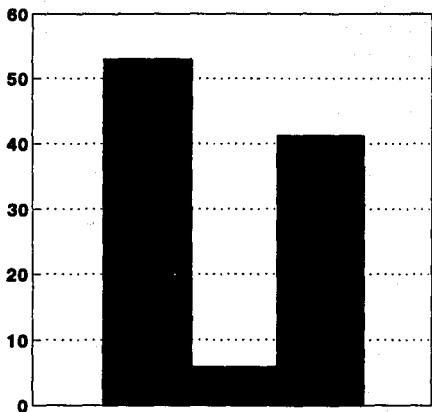
Fueron abandonados por sus padres



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 11

Padres adictos

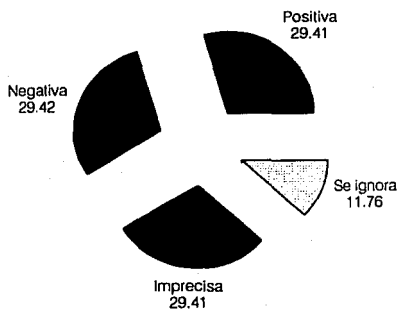


■ Padre alcohólico ■ Padre adicto heroína
■ Padre no adicto

Fuente: investigación realizada en CAT

Gráfica # 12

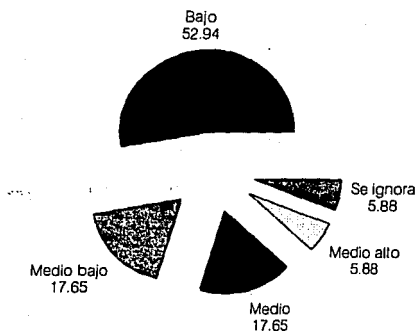
La relación con sus padres fue:



Fuente: investigación realizada en CAT

Gráfica # 13

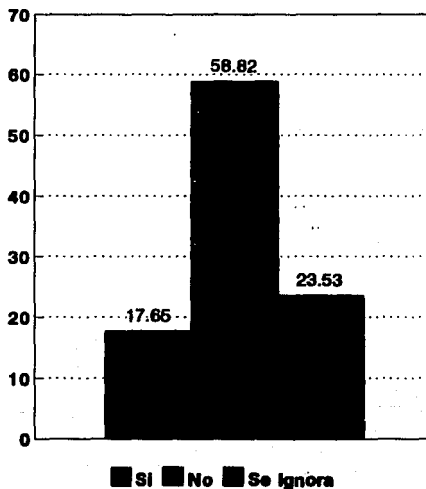
Nivel socioeconómico, familia de origen



Fuente: investigación realizada en CAT

Gráfica # 14

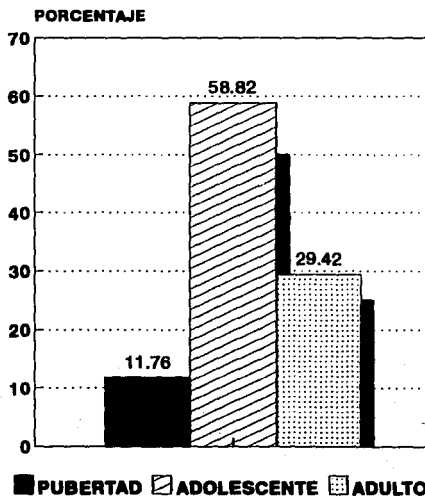
Sus padres detectaron su adicción



Fuente: investigación realizada en CAT

Gráfica # 15

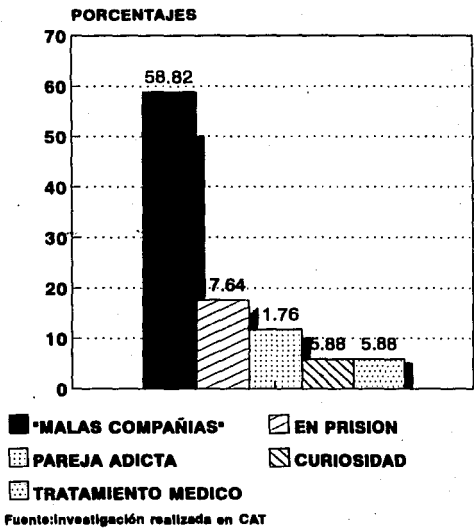
Edad de inicio al consumo de heroína



Fuente: Investigación realizada en CAT

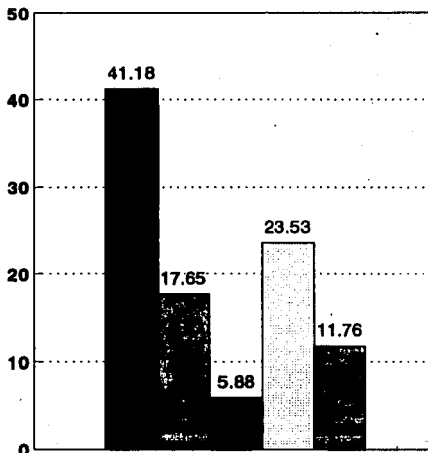
Gráfica # 16

Causa por la que comenzó su adicción



Gráfica # 17

Núm. drogas utilizadas antes de programa

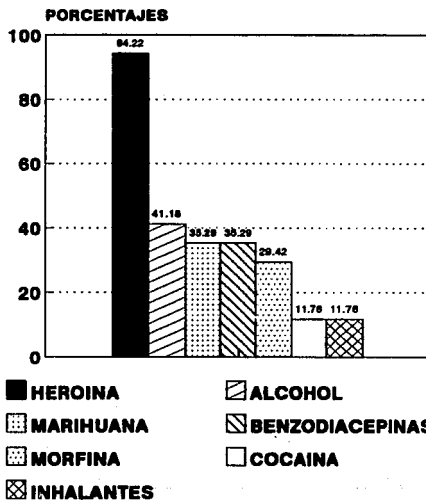


■ Una droga ■ Dos drogas ■ Tres ■ Cuatro ■ Seis

Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 18

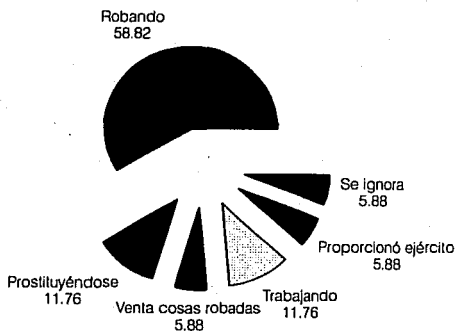
Drogas utilizadas antes del programa



Fuente: investigación realizada en CAT

Gráfica # 19

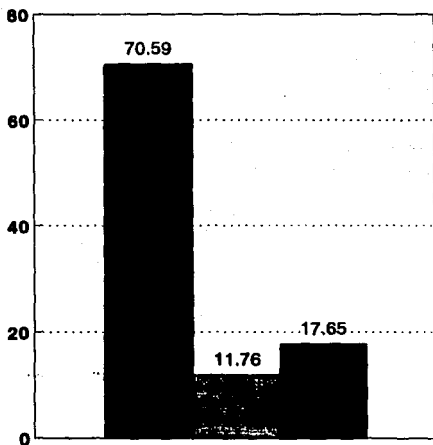
Cómo obtenía dinero para comprar droga



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 20

Su pareja se enteró de su adicción

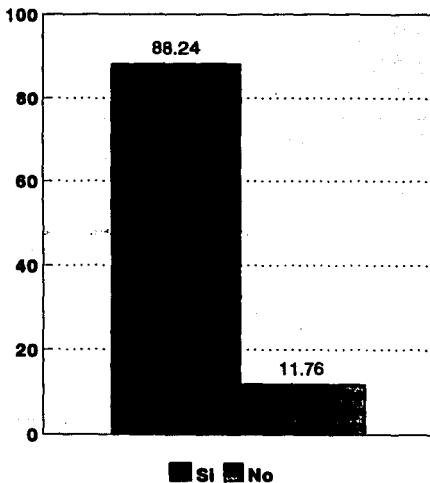


■ Antes de unirse ■ Después de unirse ■ Se ignora

Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 21

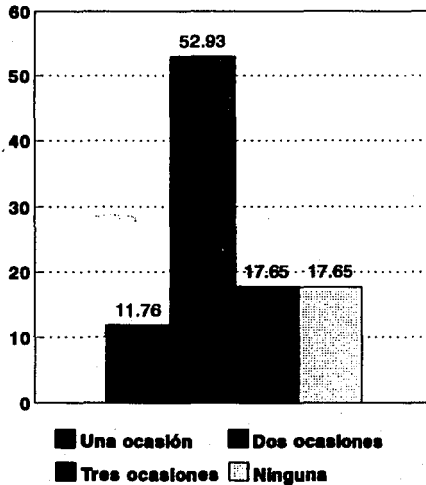
Antecedentes penales



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 22

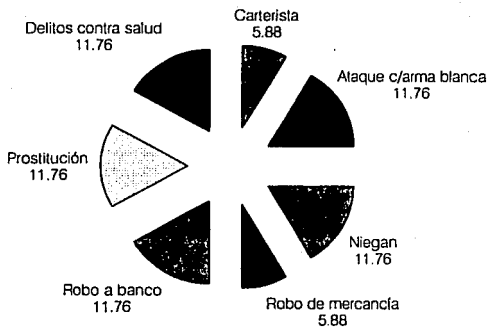
Ingresos a prisión



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 23

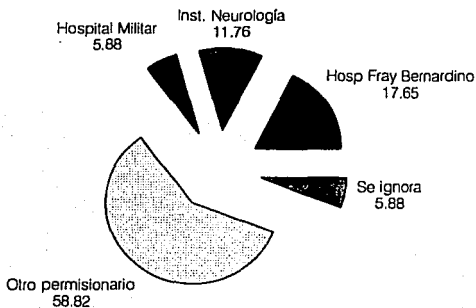
Delitos cometidos



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 24

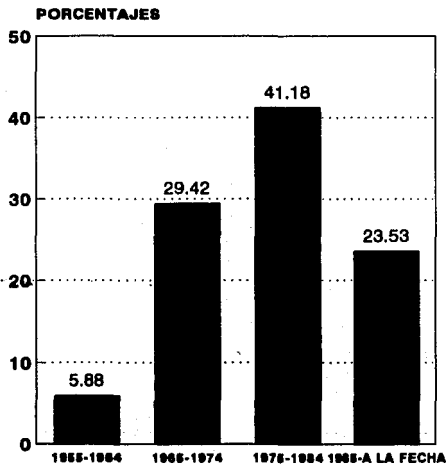
Se enteró del programa por medio de:



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 25

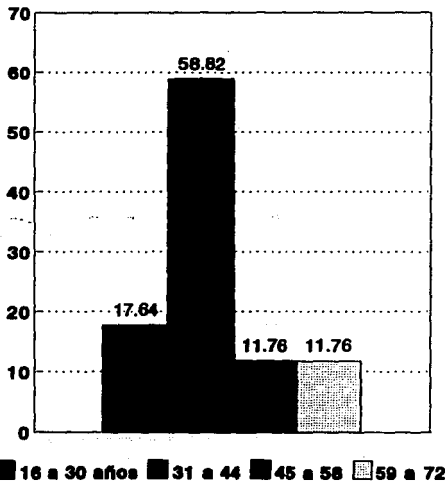
Año de ingreso al programa



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 26

Años de adicción a opioides



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 27

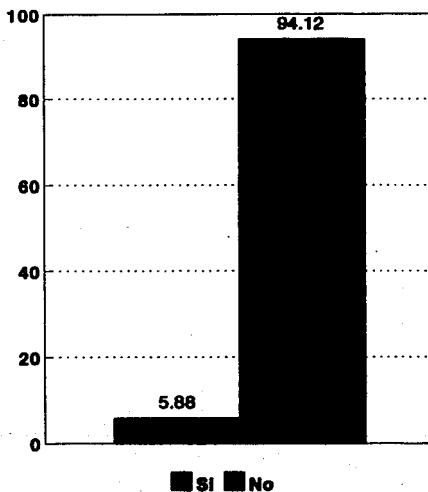
Condición para otorgarle el permiso



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 28

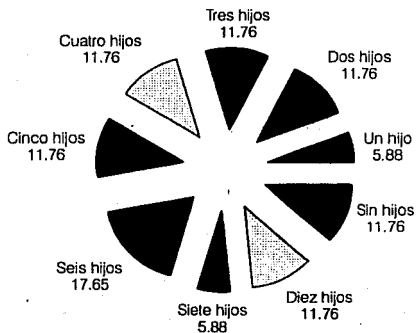
Le realizaron algún estudio al ingreso



Fuente: Investigación realizada en CAT

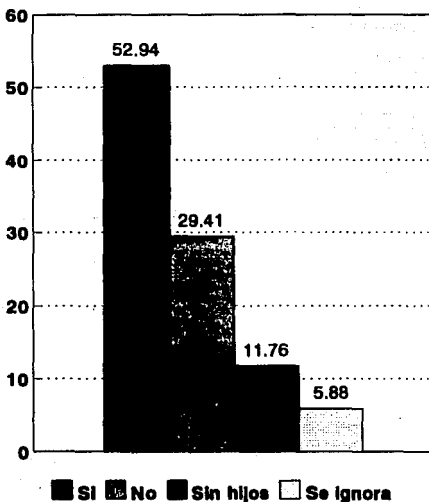
Gráfica # 29

Número de hijos de los pacientes



Fuente: investigación realizada en CAT

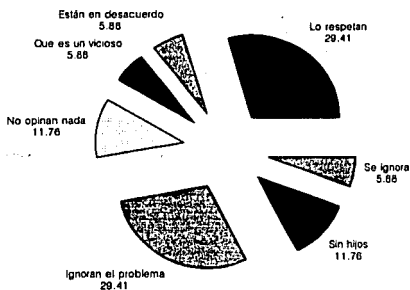
Gráfica # 30
Sus hijos están enterados de su adicción



Fuente: investigación realizada en CAT

Gráfica # 31

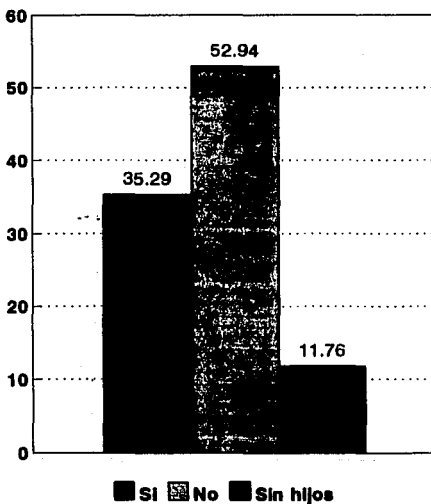
Opinión de los hijos sobre su adicción



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 32

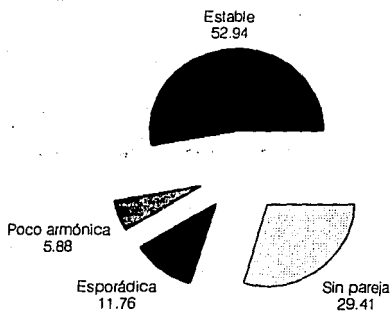
Comunicación con hijos sobre su adicción



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 33

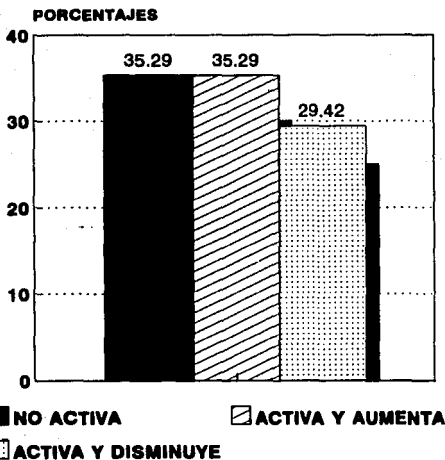
Situación actual con su pareja



Fuente: investigación realizada en CAT

Gráfica # 34,35

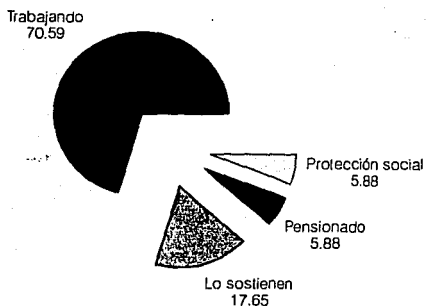
Vida sexual



Fuente: Investigación realizada en CAT
AUMENTA O DISMINUYE EN SINDROME
DE ABSTINENCIA A MORFINA

Gráfica # 36

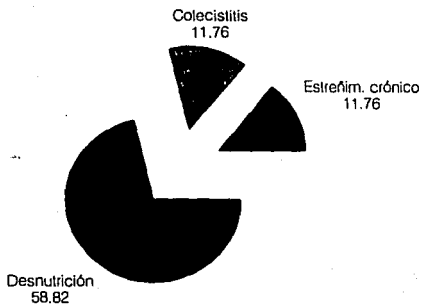
Cómo se sostiene económicamente



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 37

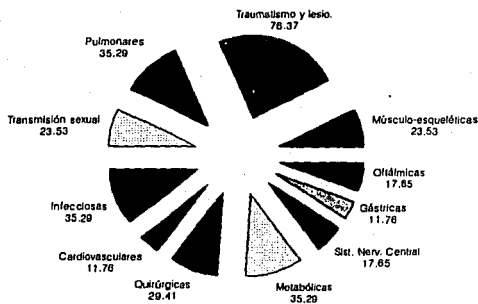
Enferm. posiblemente asociadas a drogas



Expedientes clínicos, marzo de 1983

Gráfica # 38

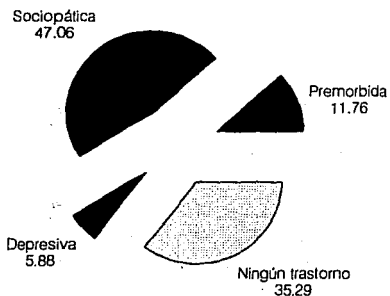
Otras enfermedades de los pacientes



Expedientes clínicos, marzo de 1993

Gráfica # 39

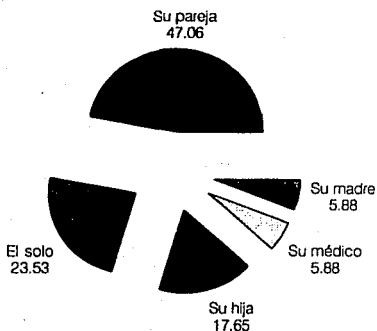
Trastornos de personalidad



Expedientes clínicos, marzo de 1993

Gráfica # 40

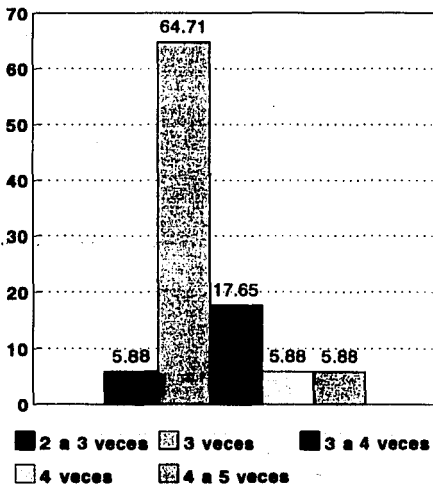
Quién le administra la dosis



Fuente: Investigación realizada en CAT

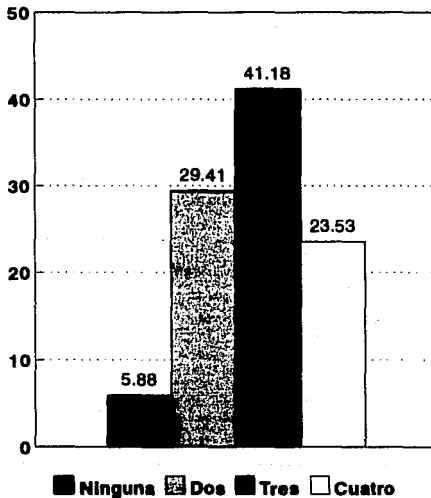
Gráfica # 41

Inyección de morfina al día



Fuente: investigación realizada en CAT

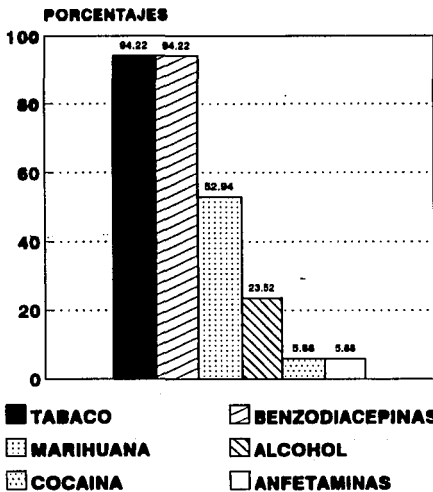
Gráfica # 42
Número de drogas utilizadas actualmente



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 43

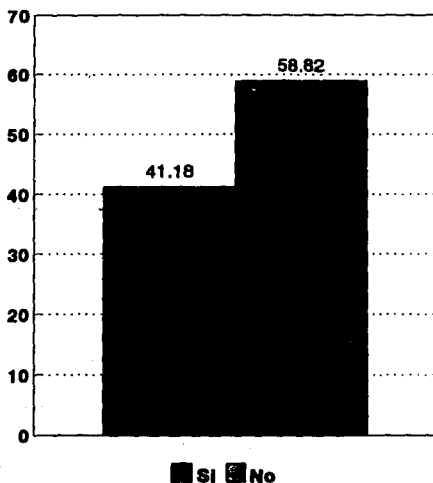
Drogas utilizadas además de morfina



Fuente: Investigación realizada en CAT
DETECTADOS POR ANALISIS E.M.I.T.

Gráfica # 44

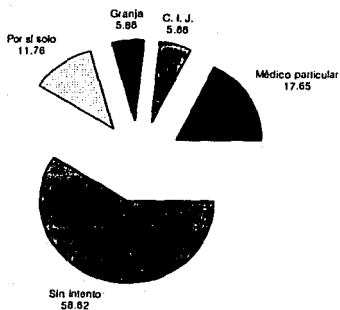
Ha intentado la rehabilitación



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 45

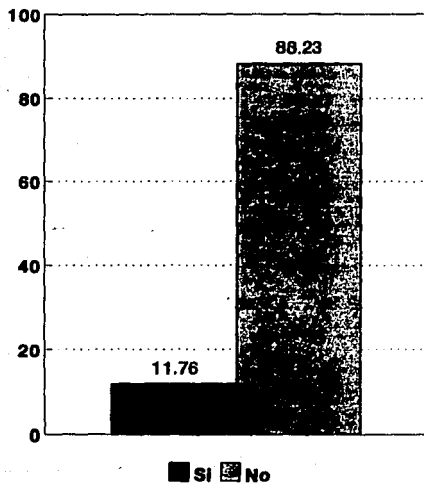
Cómo trató de rehabilitarse



Fuente: investigación realizada en CAT

Gráfica # 46

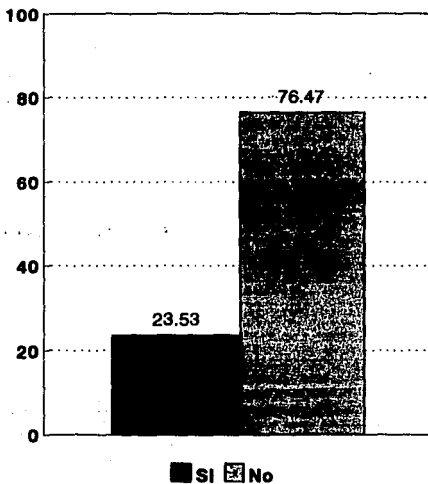
Dispuesto a rehabilitarse



Fuente: Investigación realizada en CAT

Gráfica # 47

Intento de suicidio



Fuente: Investigación realizada en CAT