

318525



**UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL**

**ESCUELA DE PSICOLOGIA**

**CON ESTUDIOS INCORPORADOS A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**1979 - 1983**

2  
2ej.

**"INDICADORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL  
CONSUMO DE COCAINA"**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA**

**P R E S E N T A**

**MARIA ANTONIETA DE LA CRUZ DE LA MORA GARDUÑO**

**ASESOR DE TESIS:**

**LIC. MARIA DEL ROCIO WILLCOX HOYOS**

**MEXICO, D. F.**

**1998**

**TESIS CON  
FALTA DE ORIGEN**

268589



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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 esta 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.

A mi padre: quien hace de la vida algo maravilloso.

A mi madre: de quien siempre he recibido todo.

A mis hijos: *Victor, Daniel y Rachel*, por quienes  
todo vale la pena.

A mis hermanos: Carlos, Claudia, Alejandra y  
Mónica.

A mis abuelas: Mate y Nina.

Y a ti Víctor, que das sentido a mi vida.

*Deseo expresar mi agradecimiento al INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA y a su director Dr. RAMÓN DE LA FUENTE M. por toda la información que se me proporcionó para llevar a cabo esta investigación.*

*Agradezco a la Maestra MA. ELENA MEDINA - MORA, jefe de la División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales del Instituto, a EVA RODRÍGUEZ, JORGE GALVÁN, RITA VARELA, ROSARIO INFANTE, a los investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría, y agradezco infinitamente al DR. ARTURO ORTÍZ, Coordinador del Centro de Investigación y Documentación en Farmacodependencia, por su apoyo, asesoría e invaluable capacidad de enseñanza. Gracias ARTURO.*

*Agradezco a la Universidad Intercontinental, a la Facultad de Psicología, a la licenciada GABRIELA MARTÍNEZ ITURRIBARRÍA, Directora de la Facultad y, muy especialmente, a la Lic. ROCÍO WILLCOX HOYOS, por su valiosa asesoría, paciencia y amistad.*

## RESUMEN

En esta investigación se describen los indicadores psicosociales asociados al consumo de cocaína, a través de las entrevistas realizadas a quince sujetos adictos a cocaína y otras drogas.

Se Obtuvieron datos sociodemográficos, historia de consumo de los sujetos (droga de inicio, drogas utilizadas, edad de inicio, primera adquisición), patrones de consumo de cocaína (frecuencia, forma de administración, combinaciones, efectos negativos), aspectos psicosociales, factores familiares que influyen al consumo, diversos problemas asociados al consumo, autopercepción, y percepción de la cocaína por los usuarios.

Los resultados se expresan mediante estadística descriptiva a través de frecuencias, porcentajes y medias de los diferentes indicadores o factores que están asociados con el consumo de drogas en general y de cocaína en particular.

En el marco teórico se incluye un capítulo sobre diferentes tipos de drogas y adicciones, características de personalidad de los usuarios de drogas y estudios realizados en México en relación con la personalidad de estos sujetos. El capítulo concerniente a cocaína se refiere a la historia del uso de esta droga, efectos producidos por ella, formas de administración y tipología o clasificación de los usuarios.

## INDICADORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS AL CONSUMO DE COCAÍNA

<b>Resumen</b> .....	5
<b>Introducción.</b> .....	6
<b>Justificación.</b> .....	8
<b>Capítulo I</b> .....	9
<b>Drogas y Adicciones</b> .....	9
<b>A. Concepto de Droga.</b> .....	9
<b>B. Tipos de Drogas Psicoactivas.</b> .....	10
a. Drogas Psicoactivas Naturales. ....	10
b. Drogas Semisintéticas. ....	10
c. Drogas Sintéticas. ....	10
<b>C. Clasificación de las Drogas.</b> .....	10
a. Origen. ....	11
b. Prototipo de Acción. ....	11
c. Uso Terapéutico. ....	11
d. Acción de la Droga. ....	11
e. Estructura Química. ....	11
f. Mecanismo de Acción. ....	11
g. Nombre Popular de la Droga. ....	11
<b>D. Tolerancia. La Adaptación del Cuerpo a las Drogas.</b> .....	12
a. Tolerancia Metabólica. ....	12
b. Tolerancia Metabólica Cruzada. ....	12
c. Tolerancia del Sistema Nervioso Central (SNC). (Tolerancia Funcional). ....	13
d. Tolerancia del SNC Cruzada. (Tolerancia Cruzada Funcional). ....	13
e. Tolerancia Taquifiláxis. ....	13
f. Tolerancia a la Cocaína. ....	14
<b>E. Dependencia y Adicción.</b> .....	15
a. Dependencia Física. ....	15
b. Dependencia Psicológica. ....	16
c. Adicción. ....	16
<b>F. Clases de Drogas.</b> .....	16
a. Depresores del Sistema Nervioso Central (SNC). ....	17
1. Hipnóticos/Sedantes. ....	17
2. Tranquilizantes Menores. ....	18
b. Alucinógenos. ....	20
c. Modificadores del Humor. ....	25
1. Tranquilizantes Mayores. ....	25
2. Estimulantes del Humor. Antidepresivos. ....	26
d. Narcóticos Analgésicos. ....	26
e. Estimulantes. ....	31

<b>A. Historia del uso de la cocaína.....</b>	<b>41</b>
<b>B. Cocaína: anestésico local o estimulante.....</b>	<b>44</b>
a. Dosis Administradas.....	45
b. Rutas de administración y formas de uso de la cocaína.....	46
<b>C. Crack. “Freebase Cocaine” COCAÍNA BASE.....</b>	<b>48</b>
a. Forma de administración del Crack.....	49
b. Efectos adversos producidos por el crack.....	49
<b>D. Efectos Adversos por consumo de cocaína.....</b>	<b>50</b>
a. Efectos de la cocaína a corto plazo utilizando dosis bajas.....	50
b. Efectos producidos por la cocaína a corto plazo usando dosis altas.....	52
c. Efectos a largo plazo producidos por el uso de la cocaína.....	53
d. Mortalidad.....	54
<b>E. Tolerancia y dependencia en el uso de la cocaína.....</b>	<b>55</b>
<b>F. Tipos y clases de usuarios de cocaína.....</b>	<b>56</b>
a. Barcelona :.....	57
b. Rotterdam :.....	62
c. Turin.....	66
<b>Capítulo III.....</b>	<b>69</b>
<b>Metodología.....</b>	<b>69</b>
<b>A. Objetivos.....</b>	<b>69</b>
<b>B. Problema.....</b>	<b>70</b>
<b>C. Variables.....</b>	<b>70</b>
<b>D. Muestra.....</b>	<b>71</b>
<b>E. Tipo de Estudio.....</b>	<b>71</b>
<b>F. Nivel de Investigación.....</b>	<b>72</b>
<b>G. Diseño de Investigación.....</b>	<b>72</b>
<b>H. Instrumentos.....</b>	<b>72</b>
<b>I. Procedimiento.....</b>	<b>72</b>
<b>J. Análisis Estadístico.....</b>	<b>73</b>
<b>Capítulo IV.....</b>	<b>74</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>74</b>
<b>A) Resultados Descriptivos.....</b>	<b>74</b>
a. Datos Sociodemográficos.....	74
b. Drogas de Consumo.....	78
c. Cocaína.....	83
<b>B) Análisis e interpretación:.....</b>	<b>92</b>
<b>C) Conclusiones.....</b>	<b>106</b>
<b>D) Limitaciones y sugerencias:.....</b>	<b>107</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>109</b>

<b>Capítulo III:</b>	<b>69</b>
<b>Metodología.</b>	<b>69</b>
<b>A. Objetivos.</b>	<b>69</b>
<b>B. Problema.</b>	<b>70</b>
<b>C. Variables.</b>	<b>70</b>
<b>D. Muestra.</b>	<b>71</b>
<b>E. Tipo de Estudio.</b>	<b>71</b>
<b>F. Nivel de Investigación.</b>	<b>72</b>
<b>G. Diseño de Investigación.</b>	<b>72</b>
<b>H. Instrumentos.</b>	<b>72</b>
<b>I. Procedimiento.</b>	<b>72</b>
<b>J. Análisis Estadístico.</b>	<b>73</b>
<b>Capítulo IV</b>	<b>74</b>
<b>Resultados.</b>	<b>74</b>
<b>A) Resultados Descriptivos.</b>	<b>74</b>
a. Datos Sociodemográficos.	74
b. Drogas de Consumo.	78
c. Cocaína.	83
<b>B) Análisis e interpretación:</b>	<b>92</b>
<b>C) Conclusiones.</b>	<b>106</b>
<b>D) Limitaciones y sugerencias:</b>	<b>107</b>
<b>Bibliografía.</b>	<b>109</b>
<b>Anexo</b>	<b>113</b>

## INTRODUCCIÓN.

Actualmente, en nuestro país, el consumo de cocaína representa un problema de gran interés; problema que existe no sólo a nivel internacional, ya que en México se presenta un incremento considerable en el consumo de dicha droga que data de diez años atrás, como lo indican las investigaciones realizadas por la DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y SOCIALES DEL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA, contenidas en el *Informe sobre Consumo de Drogas en el área metropolitana de la ciudad de México* (A : Ortíz y cols, 1995).

Dicho incremento representa una problemática seria, ya que se habla de una droga de tipo estimulante, con propiedades altamente adictivas (quizá es la droga más potente de todas en cuanto a su potencial para producir dependencia psicológica) (ARF, 1995), y que además trae como consecuencia una serie de trastornos físicos a quienes la consumen.

La aparición de problemas sociales relacionados con esta droga están también presentes. Los consumidores de cocaína llegan a cometer actos ilícitos muchas veces con el fin de adquirir esta droga (COHEN, P. 1989), la cual presenta un alto costo en el mercado ilícito; o bien, estos actos están relacionados con la conducta agresiva que sobreviene del consumo de altas dosis de cocaína.

Las investigaciones realizadas en torno a esta droga son aún insuficientes, especialmente en México. Esto lleva a pensar en la necesidad de investigar más a fondo al respecto dentro de la población de nuestro país, en el cuál, como se menciona anteriormente, se presenta un incremento muy importante del consumo de cocaína desde 1986, especialmente en adolescentes de todos los niveles socioeconómicos y culturales (A, ORTÍZ. 1994).

La cocaína está actualmente al alcance de cualquier persona, especialmente desde la aparición del *crack*, el cuál se obtiene a un bajo costo (en

relación con la cocaína pura), o bien debido a que en nuestro país la cocaína se encuentra generalmente adulterada (rebajada con otras sustancias).

Con esta investigación se pretende identificar los determinantes psicosociales que llevan a consumir esta droga, mediante las entrevistas realizadas a un grupo constituido por 15 consumidores de cocaína. A pesar de las diferencias de sexo, edad, escolaridad, nivel socioeconómico, grados de adicción y motivaciones al consumo de cocaína o incluso otras drogas, se espera encontrar uno o varios factores que llevan a este grupo con tantas diferencias entre sus integrantes, a consumir el mismo tipo de droga.

## **JUSTIFICACIÓN.**

Esta investigación pretende proporcionar un panorama general en cuanto a lo que se refiere a adicciones desde el punto de vista clínico, así como en lo referente a los diferentes grupos de drogas en general. Así mismo, se hablará sobre lo que es la cocaína, sobre los usuarios, tipos de consumo, alteraciones producidas por esta droga, etc. Esto es una investigación bibliográfica que informe detalladamente lo que representa la cocaína.

Por otro lado, la investigación de campo pretende dar un panorama general de los factores que influyen al consumo de la cocaína. Esto es, desde el punto de vista psicológico y social, en un grupo representativo de nuestra población.

De alguna forma se espera aportar datos teóricos de interés, en relación con el consumo de cocaína, así como datos de interés obtenidos de las entrevistas a realizar para investigaciones posteriores.

## CAPÍTULO I

### DROGAS Y ADICCIONES

#### A. CONCEPTO DE DROGA.

Los antiguos griegos llamaban a las drogas *pharmakon*. Esta palabra significa veneno y medicina. (Cox, T; Jacobs, M R; Leblanc, A E; Marshman, J A. (1983).

El hecho de definir que es una droga es una cuestión complicada, dado que muchas sustancias que no son consideradas como drogas pueden funcionar como tales. Este es el caso de algunos alimentos, bebidas, solventes y aerosoles, o incluso el alcohol, que para muchos representa una bebida cualquiera, pero que produce sentimientos de relajación y desinhibición en cuanto a las relaciones sociales, y cuando la gente ingiere el alcohol por estas razones, este se convierte entonces en una droga.

De la misma forma, el tabaco y las bebidas que contienen cafeína, se convierten en drogas ya que se usan para producir ciertos efectos psicológicos relacionados con estimulación al Sistema Nervioso Central (SNC).

Tanto en el caso de preparaciones farmacéuticas, como en el de sustancias naturales, la sustancia es una *droga* cuando es usada principalmente para buscar algún cambio en algún proceso o estado existente, ya sea psicológico, fisiológico o bioquímico, en los estados de conducta o perceptuales, con fines no terapéuticos o médicos.

Se entiende por consumo, uso o abuso de drogas, el consumo de sustancias prohibidas por la ley, la administración de fármacos ilícitos empleados con propósitos diferentes de los propiamente médicos. El consumo excesivo de una droga prescrita lícitamente o de manera diferente a las indicaciones médicas. La prescripción inadecuada de una droga, el consumo de sustancias solventes de uso industrial, y el abuso en el consumo del alcohol y del tabaco. (Guía para el

Diseño y Desarrollo de Programas Preventivos en Materia de Adicciones. Secretaría de Salud. Consejo Nacional contra las Adicciones. CONADIC, México, 1994).

### ***B. TIPOS DE DROGAS PSICOACTIVAS.***

Las drogas psicoactivas pueden ser divididas en tres grandes grupos: las que existen en forma natural, las semisintéticas y las sintéticas.

#### **a. Drogas Psicoactivas Naturales.**

Existen algunas plantas y productos de origen animal que contienen drogas psicoactivas como es el caso de la materia prima que es utilizada para la preparación de cierta droga, o bien la sustancia que es extraída y purificada de alguna droga.

#### **b. Drogas Semisintéticas.**

*Este tipo de drogas es obtenido mediante la manipulación química de sustancias psicoactivas, las cuales son extraídas de materias primas naturales. De este proceso resultan drogas con diferentes propiedades.*

#### **c. Drogas Sintéticas.**

En este tipo de drogas, los agente psicoactivos no son encontrados o derivados de agentes naturales psicoactivos. Son sintéticos ya que son creados en laboratorios mediante la manipulación de dos o más químicos simples, los cuales, por sí solos, son psicoactivamente inertes.

### ***C. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS.***

Existen siete clases básicas diferentes de drogas, de acuerdo a las diferentes necesidades científicas o sociales, en lo que respecta al tipo, función o efecto que una droga produce.

**a. Origen.**

De que materia o producto natural son derivadas las drogas ( un ejemplo sería el término *opiáceo*, que se obtiene de la semolla del látex los opio).

**b. Prototipo de Acción.**

Este tipo de clasificación se usa generalmente para comparar drogas ya conocidas con otra más nuevas, para comparar sus efectos y para obtener información específica acerca de alguna droga.

**c. Uso Terapéutico.**

Se clasifica a las drogas por personal médico cuando estas se usan con fines terapéuticos.

**d. Acción de la Droga.**

De que forma las drogas producen algún efecto en las diferentes áreas del organismo.

**e. Estructura Química.**

Los compuestos sintéticos que no contienen materia natural, son clasificados por su estructura química.

**f. Mecanismo de Acción.**

Esta clasificación se basa en el análisis de como las drogas producen sus efectos, esto es, el mecanismo de su acción.

**g. Nombre Popular de la Droga.**

Forma de clasificación que emerge del mercado negro de la droga y de las subculturas del consumo de drogas en forma no terapéutica.

#### **D. TOLERANCIA. LA ADAPTACIÓN DEL CUERPO A LAS DROGAS.**

La magnitud de la respuesta del cuerpo a las drogas depende no solamente de la concentración y la acción de éstas, sino también de la sensibilidad de las células. Ésta sensibilidad es gobernada por factores innatos (probablemente genéticos), y por cambios adaptativos, los cuales pueden ocurrir como respuesta a la exposición crónica a la droga. El resultado es frecuentemente una pérdida progresiva de sensibilidad a la sustancia, lo cuál es llamado *tolerancia*. Ésta es una adaptación en torno a las influencias, patrones y conductas de la ingestión de la droga.

##### **a. Tolerancia Metabólica.**

La persona que utiliza una droga psicoactiva, por lo general busca que el efecto deseado dure el mayor tiempo posible. El proceso del metabolismo de la droga o la transformación, limita la duración de la acción de dicha sustancia. Más aún, en muchos de los casos, la exposición repetida del sistema de metabolización a una droga, incrementa la capacidad y eficiencia de este sistema, dando como resultado que la droga sea metabolizada más rápidamente, de forma que la duración y la intensidad deseadas sean considerablemente reducidas. Desde este punto de vista, la persona es metabólicamente tolerante al efecto de la droga, por lo que frecuentemente trata de incrementar tanto la dosis como la frecuencia de la administración de la sustancia.

##### **b. Tolerancia Metabólica Cruzada.**

Este tipo de tolerancia aparece cuando durante un tratamiento crónico con una droga, se reduce el efecto farmacológico de una segunda droga. La primer droga, durante el proceso de inducir su propio metabolismo incrementado, también induce el incremento del metabolismo de la segunda droga, (ambas son metabolizadas consecutivamente por las mismas enzimas en el hígado). Éste es el caso de drogas hipnóticas y sedantes, pero no el del alcohol y los barbitúricos, ya que son metabolizados por enzimas diferentes en el hígado.

### **c. Tolerancia del Sistema Nerviosos Central (SNC). (Tolerancia Funcional).**

Este tipo de tolerancia aparece cuando el cerebro, o alguna parte de él, se adapta de tal forma que se disminuye el efecto que una droga administrada produce en la función de las células.

La tolerancia del SNC es caracterizado por el desarrollo diferencial a diferentes efectos; esto es, no se desarrolla en la misma proporción a los diferentes efectos de la droga, y algunos de los efectos pueden no desarrollarse del todo. Por ejemplo, la tolerancia se desarrolla rápidamente a ciertos efectos depresores del SNC de hipnóticos y sedantes, pero lentamente a los efectos depresores respiratorios. Esta diferencia tiene consecuencias importantes para el usuario crónico de dichos sedantes e hipnóticos, ya que al incrementar la dosis para aumentar los efectos psicoactivos sobre el SNC, la tolerancia al efecto depresor de la respiración se incrementa también, y así, eventualmente, la dosis en la intoxicación puede ser lo suficientemente alta como para provocar un paro respiratorio.

### **d. Tolerancia del SNC Cruzada. (Tolerancia Cruzada Funcional).**

Este tipo de tolerancia ocurre cuando el cerebro del usuario, habiendo llegado a ser tolerante a la presencia de una droga, invoca a los mismos mecanismos adaptativos cuando es expuesto a otras drogas, las cuales producen efectos psicoactivos similares. Ambos tipos de tolerancia son desarrollados y las dosis de las dos drogas deben ser incrementadas para alcanzar algún efecto. Con frecuencia se desarrolla tolerancia del SNC cruzada a dos drogas.

### **e. Tolerancia Taquifiláxis.**

Existen experimentos con animales que sugieren que la cocaína es tal vez la droga que más dependencia psicológica produce. Las ratas y monos que se han hecho dependientes a la cocaína, siempre se esfuerzan por conseguir más.

Actualmente, los investigadores no se ponen de acuerdo en cuanto a que constituye la dependencia física a la cocaína. Si embargo, cuando los usuarios de dosis altas detienen el consumo, experimentan el llamado "crash" (rompimiento o estallido) inmediatamente después de abandonar la droga.

Durante la abstinencia, muchos usuarios experimentan desórdenes en el apetito y el sueño, ansiedad, depresión y un deseo profundo de consumir cocaína, lo cual los lleva a consumirla nuevamente. El tratamiento a la dependencia de cocaína es por lo tanto difícil e implica un alto costo, y a pesar de esto, algunos usuarios han abandonado el consumo por sí mismos. (ARF : 1995).

Durante la exposición crónica, la mayoría de las drogas producen un tipo de tolerancia caracterizado por el incremento de la cantidad de droga requerida para producir cierta intensidad de efecto. En otras palabras, el grado máximo de los efectos de una droga pueden aún ser atraídos si la dosis administrada es suficientemente alta, y así, el usuario tiende a incrementar tanto la dosis como la frecuencia en la administración de una droga. (Cox y cols, 1983).

#### **f. Tolerancia a la Cocaína.**

La tolerancia a cualquier droga existe cuando son necesarias dosis más altas para alcanzar el mismo efecto obtenido una vez que se usó una dosis más baja de la misma sustancia. Sin embargo, no se ha observado la presencia de la misma tolerancia al efecto estimulante de la cocaína, ya que los usuarios se mantienen consumiendo la misma cantidad por periodos extensos de tiempo experimentando siempre la misma euforia. A pesar de esto, algunos usuarios incrementan frecuentemente sus dosis para incrementar y prolongar el efecto, y algunos otros reportan haberse vuelto más sensitivos a los efectos anestésicos y convulsionantes de la cocaína sin haber incrementado nunca la dosis. Esta teoría de sensibilidad incrementada puede explicar la presencia de algunas muertes que sobrevienen después del consumo de dosis bajas.

La dependencia psicológica existe cuando una droga se convierte en algo central y sumamente importante para las actividades, emociones y pensamientos

de una persona, llegando a ser así dicha droga, una verdadera obsesión, un deseo vehemente o impulso irreprimible por obtenerla aparece y se busca en forma compulsiva.

Existe una intensa dependencia psicológica entre los usuarios que consumen dosis de cocaína.

Ellos experimentan depresiones severas si la droga no es fácilmente obtenida, depresión que sólo desaparece cuando aquella es nuevamente obtenida.

### **E. DEPENDENCIA Y ADICCIÓN.**

Existen tres definiciones comúnmente aceptadas referentes a adicción a las drogas, que reflejan las diferentes clases de efectos:

#### **a. Dependencia Física.**

La dependencia física es el estado en el cuál el organismo se ha acostumbrado o ajustado a la presencia de una droga, tanto que cuando la droga es retirada, existe un evidente síntoma de abstinencia física, que conlleva generalmente a un estado de dolor, incomodidad y malestar. En casos extremos, los efectos de una rápida abstinencia, pueden ser tratados de por vida debido a que el organismo se ha convertido en dependiente a la presencia de la droga.

Con el uso crónico de ciertas drogas, el organismo del usuario se adapta a niveles gradualmente incrementados de la droga. Así, se desarrolla la tolerancia, el organismo depende de la presencia de la droga, y si esta es retirada, el cuerpo cae en un estado de privación. Bajo esta condición, los síntomas de abstinencia representan una adaptación enmascarada del cuerpo a la presencia de la droga.

De esta forma, aparece un síndrome de abstinencia con síntomas dolorosos y a veces peligrosos que indican que el cuerpo requiere de la droga para mantenerse en un estado de adaptación en su funcionamiento. El cuerpo toma cierto período de tiempo para adaptarse a un nivel decreciente, o la

abstinencia de la droga. Si la droga es retirada repentinamente, el organismo puede caer en un estado de crisis y el síndrome de abstinencia puede ser intenso.

#### **b. Dependencia Psicológica.**

La dependencia psicológica es un estado caracterizado por la preocupación emocional y mental por los efectos producidos por una droga y por un deseo persistente de aquella.

Los síntomas no físicos aparecen después de que los efectos de alguna droga han desaparecido. El deseo irreprimible e intenso por la droga es el síntoma de abstinencia más común de la dependencia psicológica y se cree también que es el principal factor que conduce a la continua administración de sustancias psicoactivas.

La dependencia psicológica se manifiesta generalmente en forma de hábitos compulsivos que llevan a un sujeto a ingerir la droga. La frecuencia y los patrones de hábitos pueden diferir considerablemente de un individuo a otro. Algunos de los síntomas pueden ser entre otros, alteraciones en el sueño, irritabilidad, etc.

#### **c. Adicción.**

El término *adicción* se refiere a los patrones de dependencia a la administración de una determinada droga sin hacer distinción alguna entre dependencia física o psicológica. La Organización Mundial de la Salud ha propuesto substituir a la palabra *adicción* por el término *dependencia a la droga*. (Cox y cols, 1983).

#### **F. CLASES DE DROGAS.**

La clasificación que se presenta a continuación de las drogas (Cox y cols. 1983), se basa en los efectos de éstas, y se clasifican en cinco grupos. Cada uno de éstos, comprende los tipos de drogas que se asemejan entre sí por los efectos que producen en los usuarios. Estos grupos son: a. Depresores del Sistema

Nerviosos Central (SNC), b. Alucinógenos, c. Modificadores del Humor (o estado de ánimo), d. Narcóticos Analgésicos, y e. Estimulantes.

#### **a. Depresores del Sistema Nervioso Central (SNC).**

Los depresores del SNC pueden ser divididos en dos: Hipnóticos/Sedantes y Tranquilizantes Menores.

##### **1. Hipnóticos/Sedantes.**

Los hipnóticos/sedantes son un grupo de sustancias químicamente heterogéneas que causan depresión en las funciones del cerebro y otras partes del SNC. Tal es el caso del alcohol, las pastillas sedantes como los barbitúricos, y muchos solventes y aerosoles industriales. Dependiendo de las dosis ingeridas de estas sustancias, se produce desde una ligera sedación e hipnosis, hasta una anestesia general. En sobredosis, los usuarios pueden llegar al coma y a la muerte por paro respiratorio. El abuso de estas sustancias se debe a sus propiedades placenteras de intoxicación, de inhibición y relajación.

El hipnótico/sedante más antiguo que se conoce es el alcohol etílico. Se usaba desde el año 6400 a.C. en forma de bebidas alcohólicas fermentadas como es el caso de la cerveza y el vino; y en forma destilada desde el año 800 a.C. en Arabia. Así, el alcohol se ha convertido desde entonces en la más popular de las drogas psicoactivas, tomando un importante rol en conductas sociales entre la mayoría de los grupos culturales. Y más tarde, en el s. XIX, la medicina introduce el uso de una serie de drogas con propiedades hipnótico/sedantes, y los barbitúricos en 1903.

Las drogas hipnótico/sedantes reducen los niveles de excitación y alerta que recibe normalmente el cerebro del medio ambiente, experimentando relajación y sedación; induciendo al sueño; mediante la depresión del SNC, manifestándose falta de coordinación motora, disminución de las funciones mentales, disminución en los reflejos, disminución del pensamiento y memoria así como de otras funciones cognoscitivas. Puede experimentarse euforia, hostilidad

o depresión, desordenes en el sueño como es el insomnio. En dosis altas se produce anestesia general, inconsciencia, depresión respiratoria y cardiovascular, coma y muerte por paro respiratorio.

El abuso del alcohol provoca problemas como conducta violenta, conducta auto destructiva, accidentes de tránsito, etc; así como diversos padecimientos físicos y psicológicos propios del alcoholismo.

Los barbitúricos constituyen unas de las drogas más letales ya que producen una fuerte depresión respiratoria, especialmente si son combinados con otros depresores del SNC. Las sustancias inhalables de uso industrial, son drogas psicoactivas fáciles de obtener, de bajo costo, por lo que son consumidas por gente joven. Existen barbitúricos de acción breve, de acción intermedia, y de acción prolongada. (Henry Ey; Bernard, P; Brisset, Ch. 1986).

## **2. Tranquilizantes Menores.**

Los tranquilizantes menores son los agentes más prescritos por los médicos en el mundo debido a que, en dosis bajas, son drogas efectivas en el tratamiento de condiciones emocionales de estrés y ansiedad. Los efectos secundarios son ligeros, la dependencia física que producen es substancialmente más baja que la producida por los barbitúricos y son más seguros.

En el pasado, la ansiedad y los estados de tensión eran tratados con drogas depresoras del SNC tales como el opio, el alcohol, los barbitúricos y otros hipnóticos/sedantes. Estas drogas producían en los usuarios un gran número de efectos adversos, especialmente problemas importantes en cuanto a desarrollo de tolerancia y dependencia. Hacia los años 50s, se introdujo el Meprobamato como el primer tranquilizante menor. Este es un relajante muscular que a dosis bajas reduce la ansiedad mediante un sedación y somnolencia. Por esta razón, esta sustancia se convierte rápidamente en un agente para el tratamiento de muchos padecimientos psiquiátricos no psicóticos, (no es efectivo en el tratamiento de síntomas psicóticos).

Más tarde, se sintetiza la benzodiazepina y otros compuestos (Librium, etc), substituyendo al Meprobamato, (el cual produce efectos similares a los producidos por barbitúricos como euforia, falta de coordinación, trastornos cognoscitivos, depresión respiratoria, shock cardiovascular, coma, y muerte en dosis altas), y convirtiéndose en la actualidad en los tranquilizantes más prescritos en todo el mundo, ya que controlan la ansiedad, producen sedación y sueño, son efectivos en el control de ciertos tipos de padecimientos epilépticos, son relajantes de espasmos musculares asociados con ciertos desordenes físicos y cerebrales.

Las benzodiazepinas producen pocos efectos secundarios en contraste con los barbitúricos. Prácticamente no afectan las funciones respiratorias o cardiovasculares, pero en sobredosis, la intoxicación produce falta de coordinación, confusión, desórdenes en el lenguaje, pérdida de memoria, y en casos raros, provoca la muerte, especialmente en pacientes con problemas emocionales que usan esta droga con fines de suicidio, y muy especialmente cuando es ingerida en combinación con otros depresores del SNC.

La tolerancia y la dependencia a los efectos psicoactivos del Meprobamato y las benzodiazepinas se desarrolla cuando éstas se utilizan con regularidad. Los usuarios incrementan las dosis para obtener los efectos deseados y se presenta una dependencia física y síndrome de abstinencia. En el caso de las benzodiazepinas, se presentan agitación, temores, insomnio, pérdida del apetito, sudoración, etc, y en casos extremos, se presentan delirios y ataques de gran mal. (COX y cols. 1983).

El uso del *Rohypnol (flunitrazepam)* (Ortiz, A; Galván, J; Rodríguez, E; Soriano, A; Unikel, C. 1996), constituye en México un problema reciente que va en aumento. Esta droga es clasificada como una *benzodiazepina* ya que es un tranquilizante manufacturado en México y otros países en forma de píldoras para dormir las cuales varían en potencia. Es un hipnótico sedante utilizado en cirugías ya que deprime el SNC. Disminuye los reflejos y administrada en forma intensiva, disminuye el dolor. Se utiliza así mismo como tratamiento de algunos padecimientos mentales y emocionales en psiquiatría como tranquilizante.

Esta droga tan popular en la actualidad es de fácil acceso; se puede adquirir en la calle, y el precio varía entre \$8.00 y \$10.00 c/u, o aún menos si se compra en grandes cantidades. El grupo de alto riesgo en México lo constituyen los adolescentes, especialmente trabajadores de la calle sin contacto con familia.

Los usuarios consumen el *Rohypnol*, ya sea como droga principal, o en combinación con otras sustancias tóxicas como es el alcohol, o bien, con cocaína, marihuana, solventes (thiner), y café, para intensificar los efectos de estas drogas. Reportan consumir *Rohypnol* para olvidar problemas en relaciones familiares y sentimientos de soledad por los efectos sedantes. Los riesgos en el consumo de esta droga incluyen: pérdida de memoria y problemas respiratorios y cardiacos. Presentan sensaciones de letargo, sueño, pesadez, y en ocasiones alucinaciones visuales. Así mismo, se reportan conductas antisociales y problemas legales asociados al consumo de esta sustancia, especialmente cuando se combina con drogas que producen desinhibición de impulsos (robos, homicidios, etc.).

#### **b. Alucinógenos.**

El grupo de las drogas alucinógenas incluyen una variedad de sustancias estructuralmente diversas entre sí. Desde productos sintéticos, hasta sustancias naturales contenidas en ciertas especies de plantas alrededor del mundo.

La mayoría de los alucinógenos en dosis típicas, producen un espectro de distorsión en los sentidos y una importante alteración del pensamiento y el humor. Los usuarios experimentan distorsiones e interrupciones visuales principalmente, aún que también presentan modalidades sensoriales auditivas y en los sentidos del gusto, tacto y olfato. La percepción del mundo externo y del tiempo es también seriamente afectada. Estos efectos varían considerablemente de un individuo a otro, experimentando desde alegría y éxtasis hasta terror y ansiedad ("mal viaje"), e incluso estados no psicóticos de pánico, depresión y reacciones emocionales y físicas diversas. En dosis altas se puede presentar en casos extremos, incluso una psicosis tóxica, estados paranoides, y conductas bizarras y violentas,

(homicidios, suicidios, accidentes). La tolerancia se desarrolla rápidamente, especialmente con el LSD (dietilamina del ácido lisérgico), presentándose dependencia psicológica. En el caso del cannabis, se presenta además dependencia física con el uso crónico. Cada alucinógeno en su forma simple, puede producir, en las mismas dosis y al mismo usuario, experiencias diferentes de una toma de la droga a la siguiente. Estas variaciones se producen también como resultado de las expectativas y actitudes de cada sujeto, de sus experiencias previas con otros alucinógenos, del contexto de la situación en la que la droga es ingerida, de la dosis, la personalidad y el estado emocional de cada persona. Aún cuando el usuario presenta una actitud altamente positiva, puede llegar a experimentar efectos no deseados y un intenso malestar. Todos estos factores contribuyen a hacer más difícil generalizar los alucinógenos en contraste con otras drogas psicoactivas.

El registro más antiguo que se tiene acerca de intoxicación por uso de sustancias alucinógenas data del año 10000 a.C. en Sonora y 1600 a.C. en la antigua India. En uno de los himnos escritos en sánscrito del *Rig veda*, referente a la fundación de la religión hindú, se habla de la existencia de una planta que produce alteraciones en los estados de consciencia. Esta planta es un hongo llamado *amanita muscaria*. Existe una tradición antigua religiosa similar referente al uso del *Cannabis sativa*, marihuana y hashish. En la antigua China y en Grecia se acostumbraba el uso del cannabis por sus propiedades modificadoras del humor, y el uso de ácidos alcaloides en rituales y ceremonias secretas.

Varios componentes de la familia de la Solanaceae contienen uno o más componentes alcaloides alucinógenos de la atropina. Estos fueron utilizados durante varios siglos en culturas antiguas griegas, chinas, hindúes, egipcias, asirias, persas y romanas con fines religiosos, rituales, mágicos en profetas, en medicina y como venenos. Estas sustancias también se utilizaron en Europa durante la edad media y el Renacimiento esparciéndose para fines de brujería y demonología. Las extrañas visiones y las conductas bizarras que estas

substancias provocaban en la gente eran pruebas en esa época del contacto de aquellas con Satanás.

También en tribus indias del norte y el sur de América fueron utilizados los alucinógenos con propósitos rituales y en medicina antes del descubrimiento de este continente. Una gran variedad de hongos sagrados esculpidos en piedras fueron recientemente descubiertos en Guatemala en civilizaciones Mayas de unos 3000 años de antigüedad. Estos hongos se utilizaban en ceremonias religiosas para inducir visiones, obteniendo los hongos de la *Piptadina peregrina*. Los Mayas y los Aztecas de México, también usaban estas plantas, "hongos sagrados", y algunas variedades del cactus del *peyote* en donde la *mezcalina* es encontrada.

Más tarde, Pizarro y sus sucesores prohibieron el uso de los alucinógenos tanto en México como en Perú, (en donde la hoja de coca era utilizada), pero las sectas secretas indígenas continuaron con su uso en rituales, y hacia el siglo IXX los rituales con el uso del *peyote* de México, se extendieron a las tribus indias de Canadá y E.U.A., en donde en la actualidad el uso del *peyote* esta legalizado en ciertas tribus indias durante algunos rituales ceremoniales religiosos. Y no fue hasta los años 60's que se extendió la popularidad del uso de los alucinógenos alrededor de Europa y América cuando la marihuana y el LSD o Dietilamida del Ácido Lisérgico, descubierto en 1938 (Henri Ey, y cols. 1986), se ponen de moda entre jóvenes y adultos, cantantes y músicos de la época, intelectuales y algunos profesores de Harvard como Thimoty Leavy.

Los alucinógenos, también llamados psicotomiméticos o psicodélicos producen cambios consistentes en el pensamiento, la memoria (el usuario piensa que esto es una experiencia mística o religiosa profunda), la percepción y el humor de quienes los ingieren sin provocar serios disturbios en el Sistema Nervioso Autónomo o fuerte dependencia, siempre y cuando se utilicen dosis moderadas.

El LSD o Dietilamina del Ácido Lisérgico es una substancia semisintética derivada del hongo del centeno. El DMT (dimetilriptamina), el STP o DOM

(dimetoximetilanfetamina), PCP (Feniciclidina o polvo de ángel) y DMA (metilendioxi metanfetamina) son alcaloides naturales que pueden ser sintetizados en laboratorios (GARCÍA LIÑAN, 1990). Estas drogas producen alteraciones físicas tales como aumento del ritmo cardíaco, de la presión sanguínea, de la temperatura del cuerpo; disminución del apetito, náusea, vómito, aumento de los reflejos, falta de coordinación motora, dilatación de la pupila, malestar estomacal, etc. La intensidad de estos efectos es proporcional a las dosis ingeridas. La distorsión de los sentidos aparece con cualquiera de estas drogas, especialmente de tipo visual, pseudoalucinaciones (visión semejante al caleidoscopio, cambios en el tamaño, forma y distancia de los objetos. Pueden aparecer también pseudoilusiones, distorsión del tiempo, espacio e imagen del propio cuerpo y del entorno y sinestésias. El usuario puede ir desde el éxtasis hasta un verdadero estado de pánico, especialmente con el DMT, el cual es una enzima inhibidora de la monoaminooxidasa IMAO, y si interactúa con ciertos alimentos como vino tinto o queso viejo, produce resultados peligrosos e incluso letales.

La mezcalina es un ingrediente activo obtenido de los capullos de un cacto llamado Peyote. El Peyote puede masticarse o bien molerse en forma de polvo colocándolo en cápsulas, o puede fabricarse un líquido café que se ingiere. La mezcalina purificada, en forma de polvo blanco, se pone en cápsulas o ampollitas para inyectarse.

La psilocibina se obtiene de ciertos hongos de México y Centroamérica, se utiliza en rituales indígenas. En el mercado ilícito se obtiene en forma de polvo cristalino para ingerirla o inyectarla (*Las drogas y sus usuarios. 1992*)

La marihuana y el hashish contienen como principal componente psicoactivo THC (tetrahidrocannabinol, el cual puede ser también sintetizado en laboratorio mediante un proceso caro y difícil). El cannabis se ha utilizado a lo largo de la historia durante miles de años en diversas culturas. Su semilla crece en muchos climas, es fácil de cultivar y retiene sus propiedades psicoactivas mientras crece.

La marihuana es el alucinógeno más popular preparado de las flores y hojas de una planta, frecuentemente adulterada en forma natural con semillas y tallos. El hashish es una combinación de resina exudada seca y las flores obtenidas de la planta femenina. El viscoso y potente aceite de hashish se obtiene hirviendo éste con un solvente apropiado como es el alcohol etílico y filtrando los sedimentos o residuos.

El cannabis en dosis moderadas produce síntomas físicos transitorios como es el *incremento del ritmo cardíaco*, *incoordinación motora*, debilidad muscular, temblores ligeros, enrojecimiento de los ojos y movimientos involuntarios de los globos oculares, ligero incremento de la temperatura corporal, incremento del apetito, resequedad de boca y garganta, euforia, desinhibición, relajación, *locuacidad*, *adormecimiento* y *sedación*. Los efectos alucinógenos dependen de la dosis y el usuario, y son generalmente ligeros. Se presentan distorsiones perceptuales, y en dosis altas, cambios importantes en el pensamiento y la percepción. Se pueden presentar efectos no deseados y malestar como es *ansiedad intensa*, *reacciones de pánico*, *pensamiento paranoide* y *alucinaciones atemorizantes*. Estas alteraciones desaparecen por lo general una o dos horas después de haber fumado esta droga.

Los alucinógenos de la familia de las *atropinas* son también llamados *alcaloides solanaceos*, encontrados en plantas de la especie de las *solanaceae* como la *atropa belladonna*, *datura stramonium* y otras especies alrededor del mundo. Estas substancias son muy peligrosas. Eran utilizadas en la antigüedad en Europa como veneno letal. Producen efectos psicoactivos como euforia, sedación, adormecimiento; y en dosis altas, producen efectos intensos a nivel central como alucinaciones visuales, auditivas y táctiles, ilusiones visuales, desorientación, confusión, pérdida de memoria, pensamiento paranoide, agitación, pérdida de coordinación motora, dilatación de las pupilas y convulsiones. A nivel periférico, aparecen alteraciones como incremento del pulso, irregularidad y anormalidad de la frecuencia cardíaca, incremento anormal de la presión sanguínea, cefaléa, fiebre, resequedad de la boca, náusea y vómito. Estos efectos

perduran incluso durante varios días y puede incluso sobrevenir la muerte. (COX y cols. 1983).

### **c. Modificadores del Humor.**

Este tipo de drogas se encuentran en un rango medio entre los estimulantes, como las anfetaminas, y los depresores como los hipnóticos/sedantes. Los estimulantes y los depresivos afectan al cerebro incrementando y disminuyendo los niveles de actividad respectivamente. Por otro lado, los modificadores del humor producen un amplio espectro de efectos. En este grupo se encuentran los estimulantes del humor, timoanalépticos o antidepressivos, los tranquilizantes mayores o neurolépticos (Henri Ey ;y cols. 1986) y los tranquilizantes menores (tratados anteriormente en el capítulo de Depresores del SNC).

#### **1. Tranquilizantes Mayores.**

El término "mayor" no se refiere a la potencia de los tranquilizantes, sino a ciertos padecimientos psiquiátricos (muchas formas de psicosis y estados severos de neurosis de ansiedad y agitación) para los cuales dichos tranquilizantes están indicados. Los tranquilizantes mayores aparecen hacia la década de los 50's cuando se manipuló la fórmula de los antihistamínicos reduciendo así el monto de la actividad antihistamínica e incrementando la potencia de su actividad tranquilizadora o calmante. De esta forma, se dan a conocer los tranquilizantes mayores tricíclicos conocidos como fenotiacinas, sintetizándose la *clorpromacina* (Henri Ey y cols. 1986) la cual era indicada a pacientes psicóticos para calmar la hiperexcitabilidad, los estados de pánico asociados con alucinaciones, etc.

La tolerancia a los efectos sedantes de estos tranquilizantes, se desarrolla gradualmente, pero no a los efectos antipsicóticos. Es poco probable que se desarrolle síndrome de abstinencia, y este es asociado si se presenta con la propia conducta psicótica. La *clorpromacina* presenta muy poco potencial de abuso; se utiliza para manipular y disminuir síntomas psicóticos, pero no cura las psicosis. Permite a los pacientes adaptarse, reintegrarse a la sociedad, ser más

productivos, y permite reducir en gran medida el número de pacientes psiquiátricos hospitalizados.

## **2. Estimulantes del Humor. Antidepresivos.**

Los antidepresivos se componen mediante una ligera modificación de las fenotiazinas tricíclicas. La primera imipramina fue sintetizada en 1948 (Tofranil), y no fué sino hasta 1957 que fueron descubiertas sus propiedades modificadoras del humor. Más tarde se introduce la amitriptilina y otras variedades de antidepresivos como los tan populares inhibidores de la MAO. No deben confundirse con los estimulantes como son la cafeína, cocaína, anfetaminas, etc. Los antidepresivos actúan en forma duradera sobre los efectos de la depresiones endógenas y crónicas. Cuando una persona normal ha recibido dosis diarias de estos antidepresivos tricíclicos durante varias semanas, se presentan síntomas como dificultad en el pensamiento, ansiedad e inestabilidad. Por otra parte, cuando un paciente depresivo recibe las mismas dosis de estos medicamentos, se observa un aumento gradual en el humor o talante (dos o tres semanas después de iniciado el tratamiento), pero los pacientes suelen sentirse peor al inicio ya que no experimentan cambio alguno durante las primeras semanas, y algunos efectos colaterales pueden presentarse (como visión borrosa, resequedad en la boca), desapareciendo con el uso regular del medicamento.

La tolerancia a este tipo de drogas no parece desarrollarse, aún cuando los pacientes las ingieren por años enteros. Ocasionalmente, se presenta síndrome de abstinencia y dependencia física, manifestándose en forma de síntomas como náusea, dolor de cabeza e indisposición, después de haber terminado el tratamiento abruptamente. (COX y cols. 1983).

### **d. Narcóticos Analgésicos.**

Las drogas clasificadas como narcóticos pueden ser naturales, semisintéticas, o bien sintéticas. Los opiáceos son naturales, como es el caso de la morfina y codeína, y se obtienen refinando el opio, el cual se obtiene de las vainas verdes de la semilla de *papaver somniferum*, una flor anual que se

encuentra en diversas áreas del sur de Asia y Asia Menor. De aproximadamente 20 alcaloides del opio, sólo la morfina y la codeína tienen propiedades psicoactivas. Los narcóticos analgésicos semisintéticos; también opiáceos; como son la heroína y la *hidrocodona* son derivados de la morfina y la codeína mediante manipulación química. Algunas de estas sustancias son considerablemente más potentes que la sustancia natural de la cuál son derivados y algunos agentes sintéticos, conocidos como opioides u opiáceos como la *metadona* o la *mepetidina*, imitan los efectos de los opiáceos pero no son preparados del opio.

El término *narco* en la antigua Grecia se refería a mortalidad, sueño o estupor. El término morfina significaba Dios de los Sueños. Todos los narcóticos analgésicos provocan sueño, estupor, sedación (alivian el dolor) pero varían en su estructura substancial y en el grado de efectividad.

El término opio se deriva de la palabra griega *opion*, la cual significa "jugo de semilla" (300 a.C.). El opio ha sido utilizado durante miles de años para buscar placer, y posiblemente con fines médicos. El término semilla se encontró escrito en un texto sumerio que data del año 4000 a.C. representando "alegría" y "planta". Durante la edad media, los médicos árabes prescribieron el opio con frecuencia con fines sedantes, para calmar el dolor y para el tratamiento de la disentería, y se cree que fueron ellos quienes introdujeron el opio a Oriente.

En Europa, durante el Renacimiento, se utilizó el opio para el tratamiento de condiciones maniacas, y en Alemania aparece en el s. XVI un preparado del opio llamado láudano el cuál es utilizado para tratar diversas enfermedades físicas y mentales. En 1800 aparece el alcaloide derivado del opio conocido entonces como morfina, para calmar el dolor, y su enorme potencial es conocido al perfeccionarse la aguja hipodérmica, administrándose mediante inyecciones, las cuales aumentan el potencial de la morfina y aceleran la acción. De esta forma se introduce esta sustancia a América durante la Guerra Civil, administrándose a los soldados, quienes desarrollaron rápidamente una dependencia a esta droga, por lo que fue discontinuada y substituida por la

heroína, la cuál es sintetizada en 1874. Esta es un analgésico tres veces más potente que la morfina y fue utilizada para curar la adicción a esta última, sin que los médicos de la época reconocieran su potencial tan perjudicial. A principios del s. XX aparece una legislación en contra de la producción, importación, distribución, tráfico y posesión de los narcóticos analgésicos en América del Norte y Europa, ya que existe para entonces un gran número de adictos a la morfina y a la heroína, las cuales eran adquiridas sin prescripción médica. Así, estas drogas comienzan a ser adquiridas en el mercado negro a precios muy elevados, estableciéndose conexiones ilegales con productores de Asia y Asia Menor.

Durante la Segunda Guerra Mundial, la adquisición de la morfina para fines terapéuticos se torna muy difícil, por lo que se desarrolla la producción de sustancias sintéticas como la *metadona*. Ésta tiene propiedades equivalentes a la morfina, y se sintetiza en Alemania, utilizándose en un principio como antiespasmódico. Aún que se penso que ésta y otras sustancias sintéticas no causarían dependencia física, se desarrolló rápidamente el abuso de estas drogas. Durante los años 60's, el número de adictos a los narcóticos analgésicos; especialmente a la heroína; se incrementó considerablemente en Gran Bretaña principalmente entre gente joven y de clase social baja debido a la desviación social por el uso de drogas durante esa época y debido a las excesivas prescripciones médicas en Londres a los pacientes.

La morfina y muchos otros narcóticos, tienen la propiedad de reducir la sensibilidad y la respuesta emocional al dolor. Producen así mismo otros efectos como es la *euforia*, pero también *ansiedad* y *depresión* durante las primeras dosis. Algunas de estas drogas son supresoras del reflejo de la tos. Todos los narcóticos analgésicos tienen fuertes propiedades antidiarréicas, la morfina y el opio se utilizan en el tratamiento de disentería amebiana, previniendo la deshidratación (*Lomotil*, sin acción analgésica). Así mismo, son depresores de los centros del cerebro responsables de la respiración antes de deprimir otros procesos biológicos tales como las funciones del corazón, por lo que las sobredosis de estas drogas llevan con frecuencia a la muerte por paro respiratorio

y complicaciones cardiovasculares (especialmente con la heroína pura administrada por vía intravenosa).

La morfina es absorbida por el tracto gastrointestinal, pasando así al hígado. La heroína es rápidamente transformada en morfina dentro del estómago. Cuando estas drogas son administradas mediante inyecciones intramusculares o intravenosas, pasan lentamente al hígado, son metabolizadas más despacio que cuando se injieren oralmente y pasan al torrente sanguíneo y al cerebro con rapidez por lo que actúan de inmediato y con mayor intensidad. Tanto en las rutas intravenosas, intramusculares, como en las orales, una gran parte de los narcóticos analgésicos no traspasa la barrera del cerebro, por lo que esta porción se reparte por el torrente sanguíneo a diferentes órganos del cuerpo. La heroína es más soluble que la morfina por lo que penetra la barrera del cerebro más rápidamente, por lo que se piensa que la heroína es más potente y más intensa en cuanto a ímpetu. Los narcóticos analgésicos se metabolizan en el hígado muy rápido y se eliminan mediante la orina. Su efecto ;excepto la *metadona*; dura aproximadamente de tres a cinco horas.

Los narcóticos analgésicos son un grupo de drogas por las cuales los científicos han descubierto antagonistas efectivos que van a los sitios de acción en el cerebro en donde las drogas (agonistas) normalmente actúan, ocupando los sitios receptores de drogas y desplazando a los agonistas de esos sitios. Así, los antagonistas en dosis suficientes previenen los efectos de las drogas. Los antagonistas, por esta razón, han sido utilizados en el tratamiento de la dependencia a los narcóticos analgésicos, disminuyendo los efectos de las drogas y ayudando a mantener los tratamientos con estos.

Los narcóticos analgésicos tienen diversos usos en medicina. La morfina es así un antitusivo y antidiarréico, y es usada en casos extremos debido al alto riesgo de desarrollar dependencia y tolerancia, sin embargo, administrada oralmente pierde mucho de su potencial. Drogas tales como la *metadona*, *mepetidina* y *oxycodona*, son analgésicos muy eficaces cuando son administrados oralmente, y en casos extremos mediante inyecciones. Sin

embargo, bajo circunstancias tales como pacientes con enfermedades en estados terminales con dolor severo, es muy justificable la administración de estas drogas. Así mismo, existe un importante abuso a los narcóticos entre grupos pertenecientes a hospitales, como son algunos médicos y otros trabajadores, ya que tienen la facilidad de adquirir estas sustancias en clínicas y hospitales.

Muchos de los narcóticos no producen serias consecuencias adversas con su uso crónico. Aparecen ciertos síntomas como constipación, constricción de la pupila, reducción de la libido, irregularidad en la menstruación, inestabilidad emocional, visión borrosa, complicaciones pulmonares, etc. En dosis altas estas drogas producen efectos estimulantes al SNC como espasmos musculares y temblor, sacudidas, hiperactividad refleja, agitación, psicosis tóxica, etc. Los efectos más dañinos se relacionan con la administración crónica mediante inyecciones. Se presentan abscesos, infecciones, colapsos en las venas, y diversas enfermedades como hepatitis viral, tétanos, enfermedades venéreas, sida (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) y complicaciones durante el embarazo que consisten en la aparición de un síndrome de abstinencia en el recién nacido debido a la repentina desaparición del narcótico en la sangre de la madre durante el embarazo y el parto; esta reacción incluye irritabilidad, inquietud, llantos, temblores, escalofríos y otros síntomas similares a los presentados por usuarios adultos; y que deben ser tratados ya que persisten durante varias semanas. La heroína y otros narcóticos provocan dependencia y síndrome de abstinencia. La tolerancia a los efectos eufóricos se desarrolla rápidamente por lo que los usuarios recurren con frecuencia a otras drogas y se envuelven con frecuencia en actos ilícitos, prostitución, conductas violentas, etc, tratando de asegurarse el suministro de la droga. Los adictos, de todas edades, presentan por lo general mala salud, enfermedades importantes (especialmente cuando los narcóticos se administran con agujas). Muchas muertes por adicción a la heroína se atribuyen a sobredosis de otras drogas como los barbitúricos o los hipnóticos sedantes.

La euforia que producen los narcóticos analgésicos ( especialmente la heroína y la morfina por su potencia analgésica), es la principal causa del abuso de estas drogas. El grado de euforia producida depende de la cantidad administrada, la ruta de administración, el grado de tolerancia innata y adquirida a estas sustancias, la pureza y calidad del narcótico adquirido en las calles y la forma de combinarlas con otras drogas. La administración por vía intravenosa es la ruta preferida por los adictos ya que experimentan una intensa euforia y sensaciones orgásmicas en el abdomen.

La tolerancia a los narcóticos analgésicos se desarrolla a los efectos eufóricos, analgésicos, sedantes, depresores de la respiración y eméticos o vomitivos de la droga. A largo plazo, las dosis diarias se incrementan por la necesidad y el deseo de intensificar los efectos ya que la sensibilidad del cuerpo disminuye ante dichos efectos. El usuario que ha desarrollado tolerancia a los efectos de un narcótico, será tolerante a los efectos de otros diferentes en las mismas dosis (tolerancia cruzada), y los síntomas producidos por el síndrome de abstinencia, pueden suprimirse mediante la acción de la otra droga (dependencia cruzada). El síndrome de abstinencia debido a la dependencia física a estas drogas, produce síntomas que aparecen por lo general entre 48 y 72 horas después del uso del narcótico, pero en el caso de la morfina, éstos aparecen a las 5 horas. Los síntomas perduran aproximadamente seis meses, pero no se sabe aún si éstos son producidos por cuestiones psicológicas o biológicas. ( COX y cols. 1983).

#### **e. Estimulantes.**

Este grupo de drogas conocido como estimulantes, comprende una serie de sustancias muy diferentes entre sí, pero con algunas propiedades en común que incrementan la actividad del Sistema Nervioso Central y Autónomo, como son las anfetaminas, la cafeína, la cocaína, *metilfenidato*, nicotina, *efedrina*, *fenmetrazina*, *pentamina*, *fenfluramina*, estrocnina. Existen muchas sustancias comunes con propiedades estimulantes como es la nicotina de los cigarrillos, la cafeína del café, del té o de los refrescos de cola. Algunos estimulantes son

empleados con fines terapéuticos como es el caso de la *aminofilina* en el tratamiento del asma, la cual abre los bronquios para facilitar la respiración, pero por otro lado, los efectos estimulantes de dicha droga, incrementan el ritmo cardiaco, producen nerviosismo e insomnio.

La historia del uso de la cocaína, sus efectos, formas de administración, tolerancia y dependencia a esta droga, se trata en el capítulo II ampliamente; en cuanto a las anfetaminas y drogas similares a éstas, se puede decir que se trata de compuestos sintéticos relativamente nuevos. El prototipo de las anfetaminas es estructuralmente similar a la naturaleza de la *efedrina* y la *adrenalina*. Se sintetizan por primera vez en 1887, y en 1927 se descubre su efecto vaso constrictor, modificador de la presión arterial, descongestionante nasal y bronquidilatador *benzedrina*. Los médicos, en los años 30's, utilizan estas sustancias también como estimulantes del SNC, hasta llegar a sintetizar la *dexedrina* mediante la combinación de dos diferentes estimulantes.

Hacia 1937, este grupo de drogas se utiliza también para el tratamiento de la narcolepsia, hiperquinésis o hiperactividad en niños, depresión, obesidad (mediante la supresión del apetito). Hacia 1940, el abuso por las anfetaminas se incrementa en forma alarmante, especialmente en E.U.A. y Japón, Gran Bretaña, Australia y Europa. En los 60's, se descubren los efectos extremadamente dañinos de las anfetaminas, en particular la *metamfetamina "speed"*; administrado mediante inyecciones; al incrementarse dramáticamente el abuso entre gente joven.

En los años 70's, los médicos suspenden las prescripciones de anfetaminas para el tratamiento de la obesidad ya que los beneficios se obtenían a corto plazo, se desarrolla una rápida tolerancia y por lo tanto, adicción a estas drogas. Así mismo, se suprimen en el tratamiento de la depresión, de las psicosis funcionales y de las adicciones a los opiáceos por obtener en dichos tratamientos muy pocos o ningún beneficio. Actualmente las depresiones son tratadas con otras drogas antidepressoras, que en contraste son las anfetaminas y la cocaína,

elevan el estado de ánimo sin excesiva estimulación, provocando un nivel casi inexistente de dependencia y elevando el apetito y el sueño.

Desde el punto de vista bioquímico, la cocaína y las anfetaminas tienen diferentes mecanismos de acción, sin embargo, son semejantes en cuanto a los síntomas clínicos y problemas de conducta que desencadenan debido a el consumo de ambas drogas. Las dos producen euforia, pero la cocaína actúa con mayor rapidez, y debido a su acción anestésica, las convulsiones pueden presentarse con más facilidad y es más probable que se presenten consecuencias letales por sobredosis, ya que produce depresión respiratoria.

La mayoría de los usuarios de estimulantes del SNC, experimentan ansiedad, tensión, nerviosismo y agitación. Disminuyen el apetito, incrementan el estado de alerta y encubren la fatiga provocando insomnio. Así mismo, se presentan efectos colaterales desfavorables como es el incremento de la presión arterial, vasoconstricción, dilatación de las pupilas e incremento del ritmo respiratorio. El abuso crónico de dosis muy altas de estimulantes puede acarrear consecuencias psicológicas serias que van de agitación crónica y ansiedad hasta psicosis tóxica que resulta de la administración de cocaína y anfetaminas, y no de predisposición inherente de los usuarios. Esta psicosis se caracteriza en un principio por el incremento de la suspicacia y un pensamiento e ilusiones paranoídes de persecución, llevando al usuario a presentar conductas violentas y hostiles, y en ocasiones bizarras (suicidios y homicidios), pseudoalucinaciones, alucinaciones auditivas, visuales, táctiles y olfatorias. Este tipo de psicosis se diferencia de la esquizofrenia ya que en ésta no se presentan conductas hostiles o violentas, y en la psicosis por consumo de estimulantes se conserva la memoria, la consciencia, la orientación en el tiempo, espacio y en el yo, y tiende a desaparecer al suprimir la ingestión de estimulantes. Así mismo, puede presentarse una depresión psicológica que en ocasiones provoca el suicidio.

Las sobredosis de anfetaminas administradas en forma de inyección ("*speed*") y de cocaína administrada en la misma forma ("*rush*"), lleva a los usuarios con frecuencia a la muerte. Estos experimentan en un principio una

excesiva euforia, (algunos describen una sensación semejante a un intenso orgasmo). En el caso de las anfetaminas, la muerte sobreviene debido a hemorragias cerebrales, o bien como consecuencia de conductas violentas, suicidios, homicidios, accidentes y automutilaciones.

La tolerancia a los estimulantes se desarrolla con rapidez, provocando un incremento en las dosis y en la frecuencia del consumo, apareciendo una fuerte dependencia física y psicológica en los usuarios por el deseo de experimentar euforia sin importar cuanta droga deba administrarse.

En la actualidad, las anfetaminas tienen uso médico. La *Benzedrina* y la *Dexedrina* son prescritas en el tratamiento de la hiperquinésis en algunos niños (disminuyendo la actividad y la impulsividad, incrementando la atención y obteniéndose una conducta más controlada y dirigida, sin que en ellos se desarrolle dependencia), en la narcolepsia, y con menos frecuencia, en algunos casos de epilepsia para contrarrestar los efectos depresores de los barbitúricos. Son utilizadas también en el tratamiento de síntomas de la enfermedad de Parkinson, en hipotensión arterial y en algunos estados asociados con anestesia. En países como Canadá, ya no está permitido el uso de las anfetaminas para combatir la fatiga, para controlar la depresión crónica, la obesidad, la congestión nasal o para incrementar los estados de alerta; para estos fines, se utilizan otro tipo de estimulantes como son la *propilexedrina* y la *efedrina*. En cuanto a la cocaína, actualmente ya no tiene usos en medicina, excepto como anestésico local en las cirugías de nariz y garganta, aún que con muy poca frecuencia.

Otra sustancia prohibida por las leyes internacionales perteneciente al grupo de los estimulantes, y que en la actualidad se consume cada vez más, es el MDMA o *Metilendioximetanfetamina*, conocido como "Extasis", "EVA", "XTC", "E" "(Éxtasis, Salud y Medicina, 1997), "Adán", "hamburguesa", "galletas de disco", "palomas del amor", "M25" ó "X" (Extasis, El Mundo es Salud, 1997). El polvo blanco, amargo, en forma de pastillas (en ocasiones adulteradas), es una combinación de mezcalina sintética y una anfetamina (William Hopkins, 1997. internet), la cual produce una actividad estimulante y alucinógena (similar a los

efectos de la mezcalina), dependencia psicológica y síndrome de abstinencia traducida en fatiga, depresión y trastornos del sueño en dosis altas, mientras que en dosis bajas aumenta la actividad motora, la percepción sensorial y produce un efecto analgésico, euforia o terror, sueño profundo, alucinaciones, náusea, vómito, clonus (rigidez muscular), temblores, deshidratación, convulsiones coma e incluso la muerte (*Extasis o Metilendioximetanfetamina*, 1997). Actúa sobre el cerebro causando en personas hipertensas problemas cardíacos, epilepsia y asma.

Los efectos aparecen al cabo de 5 a 10 min. de haber ingerido la droga, y se prolongan de 1 ½ a 3 horas: relajación, tranquilidad y somnolencia. Aumenta la concentración de la dopamina en el cerebro, estimula la producción de la hormona del crecimiento, de la leche y del crecimiento de mamas, aumenta los niveles de azúcar en la sangre, disminuye el colesterol y la temperatura corporal, estimula la liberación de acetilcolina en el cerebro ( inhibiciones cardíacas y vasodilatación), y provoca hipotonía (*Éxtasis y drogas de diseño*, 1997).

#### **G. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DE LOS USUARIOS DE DROGAS.**

Existen diversas investigaciones realizadas en México a consumidores de sustancias psicotrópicas, en cuanto a características de personalidad.

Para los autores Lourdes Schnaas, Ma. Luisa Serna, Ricardo Sánchez, Graciela Zermeño (1976) el abuso de fármacos es síntoma de personalidad mal adaptada o desviada, más que una condición psiquiátrica como tal, aún cuando el abuso excesivo de fármacos puede causar como consecuencia un agudo desorden psiquiátrico temporal. Por lo tanto, los usuarios son vistos como neuróticos que adoptan un mecanismo de ajuste poco usual o de evitación. Según estos autores, los usuarios de drogas buscan como meta lograr indiferencia ante problemas y preocupaciones personales y alcanzar así un estado bienestar. Buscan arraigarse a una subcultura que ofrece una identidad y una identificación en la sociedad. Expresan hostilidad y protesta ante una sociedad y sus injusticias y restricciones impuestas por el sistema.

Estas personas prefieren un estilo de vida no estructurado y espontáneo; son despreocupados en cuanto al futuro, muy sensibles al dolor físico y emocional, son propensos a aceptar riesgos, son inestables en el trabajo, estudios y residencia. Los usuarios que presentan frustraciones muestran una necesidad de ser protegidos y necesidades sexuales moderadamente frustradas *por lo que se presentan deseosos de esta actividad; su actitud ante la sexualidad es ambivalente lo cual les genera ansiedad y conflicto.* Los usuarios hostiles presentan necesidades insatisfechas de status y de ser amados y son exhibicionistas e impulsivos. En cuanto a los usuarios sumisos, son tímidos, aislados, ingenuos, confiados y ansiosos ante situaciones sociales nuevas.

Todos muestran un grado de depresión crónica y desórdenes de personalidad mayores. Presentan dificultad para establecer relaciones interpersonales prolongadas y para asumir un rol de adulto, y encuentran la frustración y la ansiedad que experimentan como intolerables. El control sobre sus afectos falla, por lo que actúan impulsivamente; de esta manera, manifiestan su agresión inhibida. Tienen una imagen devaluada de sí mismos y se sienten inseguros ante las responsabilidades. Presentan una percepción idealizada de la figura materna y ambivalente de la paterna. La relación con la madre no es profunda, y la establecida con el padre les provoca sensación de inestabilidad por lo que presentan una carga agresiva hacia la figura masculina. De esta forma, la autoridad es percibida como una persona a la que se debe respetar, pero en el fondo es rechazada.

La mayoría de estos factores predisponentes pueden ser derivados de las experiencias familiares de los usuarios, quienes recibieron siendo niños demasiado o muy poco amor, especialmente de la madre; y se sienten abrumados, por lo que son incapaces de enfrentarse a un mundo complejo como lo hacen otros niños. Este tipo de niños son más propensos al consumo de drogas que aquellos que llevaron una vida familiar más convencional.

En la investigación realizada por estos autores, se detectó en el área intelectual del grupo de usuarios (82 sujetos) investigado una inmadurez

neuroológica que afecta sus funciones intelectuales. La mayoría presentó una inteligencia inferior al promedio, con un tipo de inteligencia más bien práctico, con las capacidades de organización, planeación y anticipación limitadas. Las funciones de atención y concentración aparecen afectadas, las capacidades de juicio y de aprendizaje están disminuidas. La inhibición intelectual puede deberse a factores emocionales (estado depresivo) y ambientales (falta de estimulación intelectual), y estas limitaciones, aunadas a un bloqueo emocional, llevan a los sujetos a una actitud pasiva debida al sentimiento de fracaso.

En cuanto a los sujetos usuarios de cocaína (como droga principal), según un estudio realizado por Arturo Ortiz, Eva Rodríguez, Claudia Unikel, Jorge Galván, Lourdes González, Mario Domínguez, Guadalupe Hernández; (1994), perciben esta droga como proveedor de bienestar, por lo que posee un alto potencial adictivo. La cocaína se percibe como "buena" y "acompañadora", por lo que se le llama la "reina" o "champaña de las drogas"

Los usuarios de cocaína presentan incapacidad para demorar la satisfacción de sus necesidades físicas y psicológicas por lo buscan una pronta satisfacción; (la inyección provoca que los efectos de la droga se sientan casi de inmediato); así mismo, presentan baja tolerancia a la frustración, como son los efectos displacenteros al terminar la intoxicación, los cuales se amortiguan usando otras drogas. Presentan una necesidad de evitar los sentimientos desagradables, como en el caso de la abstinencia, cuando experimentan depresión, vacío y persecución, por lo que se refugian nuevamente en las drogas.

Son incapaces de generar otras fuentes de mantenimiento emocional aparte de la cocaína. Reportan sentimientos de soledad, incapacidad para establecer relaciones estables y substanciosas; se encuentran dentro de un círculo vicioso ya que buscan afecto y eligen uno insatisfactorio, pero el sujeto no se da cuenta de qué hizo para elegirlo así, ni de que necesita hacer un cambio, así es que se frustra, se siente mal, y vuelve a buscar el objeto satisfactor que será nuevamente insatisfactorio una y otra vez.

Para Ajuriaguerra (1979), el adolescente busca en la droga un medio para conseguir algo, para llegar a ser objeto de culto, una manera de transformación y de comunión para unirse a los demás. Crea un nuevo mundo con sus propias reglas buscando y preparando el tóxico, (erotizando la inyección). Se convierte en dependiente a causa de su estado de necesidad. El adicto consume la droga para dominar su angustia y sus problemas, pero se convierte en esclavo de los rituales de la necesidad y de los traficantes. Vive en el artificialismo de una omnipotencia, encontrando solo libertad relativa en la sumisión.

Las motivaciones son protestas contra la familia y el mundo, y una necesidad de satisfacción inmediata. Niegan el mundo de los adultos, lo cual constituye una solución pasiva de sus dificultades para afirmar su personalidad. Presentan una dependencia afectiva, depresión, necesidad inagotable de amor y aprobación, falta de confianza en sí mismos, angustia a la separación, al aislamiento y al malestar por su intolerancia a la frustración. Presentan irritabilidad, falta de ambición y competitividad, ausencia de actitudes agresivas y provocadoras, timidez e hipersensibilidad.

Se educan con frecuencia en ambientes con ruptura o mal entendimiento de la pareja, por muerte, alcoholismo o toxicomanía de uno de los padres o de ambos. Están sometidos a regímenes carentes de afecto, especialmente en su relación con la madre que es percibida como "escrupulosa-hiper-ansiosa, alentadora y culpabilizadora, de la cual el niño depende exageradamente, mientras que el padre está ausente, ya sea en forma real o por una madre demasiado presente que priva al hijo de modelos identificatorios. Así, el encuentro de las transformaciones deseadas llevan al sujeto a una decadencia, aniquilación y alineación.

Para Enry Ey (1986), la conducta del toxicómano constituye una perversión que satisface completamente su necesidad; hay una búsqueda de placer y evitación del sufrimiento mediante la absorción de uno o varios productos tóxicos. Se asemeja a las perversiones sexuales ya que posee la característica

fundamental de regresión a un "placer parcial". La conducta constituye una regresión instintivo afectiva; un desequilibrio de la integración de las pulsiones.

Este autor coincide en la afirmación de que las intoxicaciones en masa se deben a un rechazo de la sociedad, por lo que hay una búsqueda de un grupo de miembros semejantes para encontrar una especie de identidad colectiva. Algunos buscan al grupo más que a la droga, como un apoyo para calmar la angustia neurótica. Otros frecuentan al grupo para reafirmar su identidad y originalidad. Y otros, son verdaderos perversos toxicómanos, regresando al grupo sin culpabilidad en busca de saciamiento inmediato.

El tipo de personalidad que el usuario de drogas posee, está determinado no sólo por las actitudes del yo hacia impulsos y deseos, sino también por la relación con el grupo social y familiar al que pertenece, así como también a factores físicos, constitucionales o somáticos. (Ortiz, A. 1986).

Durante la fase oral, según la teoría de ERIKSON, el recién nacido vive y ama a través de la boca, mientras la madre lo hace a través de sus senos al alimentarlo. El bebé succiona los objetos adecuados. La zona oral predomina en esta etapa y el modo primario de acercamiento es la "incorporación", pero existen también otros modos orgánicos auxiliares que son el segundo modo incorporativo con la ejercitación de mandíbulas y encías; el retentivo, que es apretar los labios; eliminatorio, que es la tendencia a escupir; y el retentivo que es apretar la cabeza al pecho y aferrarse a él.

La percepción y coordinación maduran y el bebé enfrenta factores educativos propios de su cultura. Así, la primera modalidad que aprende es *obtener*, que significa recibir y aceptar lo que es dado. Esta disposición a obtener y los medios de dar de la madre, crean una regulación mutua.

Pero si esto fracasa, el bebé trata de conseguir, lo que no puede obtener, succionando. Se agota y se chupará el pulgar y la madre se desesperará.

Durante la segunda etapa oral aparecen los dientes y el bebé disfruta mordiendo, pero la madre retira el pezón y aparece rabia contra los dientes, rabia contra la madre que se retira y contra la propia rabia impotente.

Debido a todo esto, la primera unidad debe ser profunda y satisfactoria, para que el bebé entre en contacto con el inevitable mal en forma suave y sin agravamientos, pues una pérdida drástica del amor materno, traerá como consecuencia una aguda depresión que prevalece el resto de la vida; o bien, aparecen fijaciones en la zona oral o en un modo orgánico.

Ambas etapas forman los resortes del sentimiento básico de confianza y el sentimiento básico de desconfianza. (Erikson, E. 1980).

## CAPÍTULO II.

### COCAÍNA

#### **A. HISTORIA DEL USO DE LA COCAÍNA**

La cocaína es un estimulante obtenido de las hojas de coca en Sudamérica o "*Erythroxylon coca*". Su uso se remonta a 1200 años atrás de acuerdo con estimados antropológicos, ya que se encontraron hojas de coca petrificadas y emblemas de dichas hojas en la cerámica de los indios de Sudamérica, quienes mascaban la hoja de coca. El principio activo de la coca (que constituye aproximadamente el 1% del peso total de la hoja), es absorbido a través de las mucosas de la boca.

Durante el periodo pre-Inca se acostumbró mascar la coca entre nativos indígenas de los Andes del Perú, Bolivia y norte de Chile, pero en la era Inca esta práctica fue olvidada por casi todos, a excepción de la aristocracia. Existe evidencia del uso de la coca como un anestésico local utilizado por médicos de esta época para hacer perforaciones y extraer huesos.

Hacia el siglo XVI, con la llegada de los españoles, se dispersó el uso de la coca nuevamente, ya que incrementaba la fortaleza física, reducía el apetito y producía un estado general de euforia en los trabajadores Incas, quienes realizaban tareas duras, a grandes altitudes y con una dieta inadecuada; por ello, el consumo de la hoja de coca era muy importante entre los indígenas.

Los españoles rechazaron la práctica de mascar la hoja de coca y trataron en un principio de erradicar su uso; sin embargo, rápidamente aprendieron que les traía más beneficios permitir su consumo entre los esclavos indígenas que prohibirlo, pues obtenían más rendimiento de ellos, por lo que decidieron pagar el

trabajo de los indios con hojas de coca. (COX, TERRENCE C. ; JACOBS, MICHAEL R. ; LEBLANC, A. EJGENE ; MARSHMAN, JOAN A , 1983)

Las autoridades de la Iglesia Católica española prohibieron en un principio el uso de la coca, pues estaban convencidos de que los efectos eran resultado de un pacto entre los indígenas y el demonio. Sin embargo, la Iglesia perdonó rápidamente la vieja costumbre de mascar coca, ya que los indios que trabajaban en las minas presentaban un bajo rendimiento en el trabajo si no mascaban la hoja de coca, y así, la Iglesia fijó un impuesto del 10% sobre el precio aquella. Con esto se permitió el mascado de la hoja, y los indios lo hacía junto con pequeñas cantidades de calcio, ya que el calcio sirve para hacer a la coca más compatible a la saliva del mascador. (COHEN, P. 1990)

Hacia el final del siglo XVI las plantas de coca fueron llevadas a Europa sin mayor trascendencia. Hacia 1860, el bioquímico ALBERT NIEMANN aisló la cocaína pura de la planta de coca (COX, T. 1983) e, inmediatamente, el italiano VIN MARIANI aplicó el alcaloide a una bebida, la cual llegaría a ser famosa a principios del siglo XX. (COHEN, P. 1990)

Durante los 20 años siguientes a su descubrimiento, el uso de la cocaína se extendió, y se usó como un anestésico local y como contenido en algunas medicinas de patente, en pastillas y en bebidas para el tratamiento de algunas afecciones. En los estados tempranos del uso de la medicina moderna, la cocaína se utilizó como tratamiento efectivo contra la adicción a la morfina. Por ejemplo, SIGMUND FREUD se refirió a semejante uso en el tratamiento de un amigo registrado como uno de los primeros adictos a la cocaína y a otros casos que inducían a la psicosis. Así mismo, ROBERT LOUIS STEVENSON fue tratado con cocaína en 1885 a consecuencia de una tuberculosis, y fue precisamente cuando escribió el clásico "*Dr. Jekyll and Mr. Hyde*". Más tarde la Coca-Cola fue introducida a América conteniendo cocaína, lo que le permitió ser considerada

una bebida de sabor agradable y que proporcionaba alivio ante la fatiga y el dolor de cabeza.

Durante esta época, en ambos continentes un gran número de personas se percataron de las *"virtudes de la cocaína"*, lo que permite que aparezca como una sustancia con un alto potencial de adicción, que además provoca conductas bizarras o extrañas. Su uso se incrementó tan rápidamente que hacia los comienzos del siglo XX su uso fue drásticamente reprobado. Así, se descontinuó el uso de la cocaína en la bebida Coca-Cola y se prohibió en Estados Unidos el uso de cualquier producto derivado de cocaína en los alimentos o bebidas, prohibiéndose la importación de la hoja de coca

Con el incremento de las restricciones legales en Estados Unidos y en Europa, el abuso de la cocaína como droga desapareció repentinamente. Su uso fue restringido aun en tratamientos médicos para la depresión, el alcoholismo o desórdenes gastrointestinales. Sin embargo continuó en uso por tener propiedades importantes como anestésico local, por lo que siguió utilizándose en cirugías de ojos y en la superficie de las membranas mucosas de la nariz y la garganta. Actualmente existen anestésicos locales nuevos que han sido sintetizados, manteniendo las propiedades anestésicas de la cocaína pero sin el efecto psicoactivo. (Cox, T. 1983).

Entre 1880 y 1900, la droga fue considerada como "atractiva a gente con sensibilidad e inteligencia para mantener la energía y el orden, para trabajar duro en tareas socialmente aceptables." Después de 1900 la cocaína comenzó a ser ampliamente conocida y a reportarse su uso entre la población negra en el sur de Estados Unidos. Al final del siglo se habían visto muchos linchamientos de personas de color y el Congreso americano comenzó a mencionar que la cocaína era frecuentemente un incentivo directo para el delito de violación cometido por negros en dicho país. Se reportaba que la cocaína era atractiva para los "negros" y las clases bajas e inmorales. Así, la cocaína comenzó a ser vista como la más peligrosa de las drogas, asociada a la violencia, egocentrismo y algunas veces a

estados psicóticos, ya que aparecieron conductas individuales peligrosas y homicidas (CCHEN P. 1990).

Durante 1960 el consumo de cocaína regresó especialmente entre grupos de adictos a la heroína, quienes buscaban un efecto de euforia al consumirla. La cocaína ganó popularidad como droga adictiva entre músicos, figuras del deporte, artistas y ciertos grupos de intelectuales, pero debido a su alto costo (\$100 dls. por un gramo), quedó restringida a las clases altas y a algunos segmentos criminales de la sociedad.

#### ***B. COCAÍNA: ANESTÉSICO LOCAL O ESTIMULANTE.***

La cocaína es un poderoso estimulante del sistema nervioso central que produce un incremento en la alerta, inhibición del apetito y del sueño, e intensos sentimientos de euforia. Actualmente casi no tiene uso clínico, ya que sus propiedades anestésicas han sido reemplazadas por otros anestésicos locales sintéticos como es la *lidocaína*.

Debido a sus propiedades para incrementar el potencial de energía y euforia, se ha abusado de la cocaína desde el final del siglo XIX. Su potencial para provocar una dependencia extremadamente alta fue reconocido por algunos médicos. A principios del siglo XX la legislación se ocupó de restringir drásticamente el uso de dicha droga, tanto en Europa como en América del Norte.

La cocaína es extraída de las hojas del árbol llamado *Erythroxylon coca* que se encuentra fundamentalmente en Perú y en Bolivia. En las calles se le llama de diferentes formas tales como: "C", *coke*, *snow*, *flake*, *stardust*, (Cox T. 1983), *Blancanieves*, *azúcar*, *cocada*, *cocal*, *doña Blanca*, *glasis*, *nevadito*, *pasta*, *pepsicola*, *polvo*, *polvo de ángel*, *talco* (ORTÍZ, A. 1994), etc.

Existen combinaciones de la cocaína con otros productos como por ejemplo con heroína, y es llamada *dynamite*, *speedball* o *whizbang*. La combinación de cocaína y morfina también es conocida como *whizbang*.

El clorhidrato de cocaína es un polvo blanco cristalino, sin olor, con un sabor amargo y entumecedor. Es muy soluble en agua y en alcohol.

La cocaína que se obtiene en las calles está frecuentemente adulterada con sustancias (no psicoactivas) como la lidocaína y la benzocaína, Alkaseltzer, talco, etc, las cuales, al ser inhaladas, producen un efecto entumecedor semejante al de la cocaína. Otras sustancias poseen un sabor similar al de la cocaína, y hay otras, como la cafeína, que producen efectos estimulantes. Algunos usuarios separan estas impurezas mediante manipulación química, *cocaína base o base libre (free-basing)*, utilizando ciertos solventes con el fin de incrementar sus efectos.

#### **a. Dosis: Administradas.**

Las dosis que se emplean en uso clínico para anestesia superficial varía desde 10 mg/ml hasta 200 mg/ml.

Las dosis administradas en uso de cocaína no médico varía. Los usuarios que consumen dosis muy altas inhalan alrededor de 10 gramos de cocaína pura al día. Generalmente, la mayoría de los usuarios sociales inhalan, en cada fosa nasal, de 20 a 30 mgs. de cocaína, lo cuál corresponde a una "línea". La administración puede ser repetida dos o tres veces durante cada hora y por varias horas.

## **b. Rutas de administración y formas de uso de la cocaína.**

Las rutas de administración pueden ser mediante inhalación (*sniffing*), o mediante inyección (subcutánea, intramuscular o intravenosa) (Cox T. 1983), Tanto el polvo de cocaína como el *crack* o la cocaína base, que son los productos más usados, pueden ser también fumados, administrados sublingualmente o frotados en el área genital.

La forma de fumar cocaína consiste en una preparación del polvo del producto calentado en una cuchara y mezclado con agua hasta obtener una especie de piedra. Se seca y se coloca dentro de un cigarro con una pequeña porción de tabaco. Entonces se agrega lo que se llama "base" y se agrega otra porción de tabaco. Puede también añadirse otra sección más de base.

En Europa los usuarios describen la primer experiencia con cocaína como intensa y positiva a nivel comunicación interpersonal y de sensaciones físicas y psicológicas. El alcohol es la sustancia que más se consume en combinación con cocaína, y en México se reporta un incremento del uso de *Rohypnol*; el cual es un hipnótico sedante; en combinación con la cocaína con el fin de intensificar los efectos de la intoxicación (Ortíz, A. y cols. 1996). Los usuarios reportan presentar problemas como ansiedad, cruda física y moral, sentimientos de culpa y agresivos, y problemas económicos. Estudios en París con 103 usuarios de cocaína, arrojaron como resultado que el 60% de estos sujetos inhalan la cocaína, el 13% la inyectan, y el resto alterna las vías de administración (inyectada, cocaína libre fumada e inhalada).

En México se reportan pocos casos de consumo de cocaína inyectada. Prácticamente todos los usuarios usan además otras drogas. El motivo de inicio es curiosidad, invitación de amigos, problemas personales y familiares. Los usuarios reportan que la cocaína se encuentra en cualquier lugar: centros nocturnos, baños públicos, reuniones, dentro de ciertos carros, etc. La cocaína

representa un medio para olvidar problemas, adquirir seguridad, status, socializar (también afectivamente), sobrellevar largas jornadas de trabajo y disfrutar más ciertas actividades. Estas personas tienen una buena percepción acerca de los tratamientos, a excepción de los más jóvenes que aún no han presentado consecuencias y problemas físicos.(Arturo Ortiz, Jorge Galván, Eva Rodríguez, Claudia Unikel, Lourdes González, Mario Domínguez. 1995).

Como se mencionó anteriormente, la cocaína es frecuentemente adulterada con otras sustancias. En México la cocaína es de baja calidad y se reduce generalmente con bicarbonato de sodio, bicarbonato de magnesio, éter, aspirina, rytalin, manitol, linocitol, polvo de leche, talco, xylocaina, azúcar o sacarina. Estas sustancias constituyen alrededor del 60% de la mezcla y sólo el 40% corresponde a cocaína pura (ORTÍZ, A. 1994).

El producto más común que es utilizado en casi todos los lugares es el clorhidrato de cocaína (*hydrochloride* de cocaína) (*HCL* o *polvo*), el cual es administrado intranasalmente en la mayoría de los casos (inhalado). Esta forma de administración está asociada por lo general con miembros de clase socioeconómica media y alta. La usan "intelectuales," artistas, estudiantes, académicos, gerentes y hombres de negocios, por ejemplo. En este sector la frecuencia de uso es por lo general semanalmente, en fiestas, discotecas y bares. Esta forma de administración es más usada por hombres que por mujeres.

El clorhidrato de cocaína administrado por vía intravenosa es otra forma de uso de la cocaína, aunque muy poco común en lugares fuera de los Estados Unidos. Se trata de una solución o parte de una mezcla o *cocktail* que puede además ser combinada con heroína como *speedball* o bien con metadona. Esta forma de administración es común entre personas de nivel socioeconómico bajo, entre grupos marginados, minorías étnicas, niños de la calle y personas que comercian con sexo y que poseen una alta adicción a otras drogas, particularmente heroína.

La cocaína base puede ser fumada en un cigarro (como ya ha sido descrito), o bien con pipas y utilizando *crack* en lugar del *clorhidrato de cocaína*. Se utiliza también la pasta de coca o *pasta básica*, combinándola con tabaco o marihuana. Esta práctica se realiza especialmente en Bolivia, Colombia y Ecuador, y es común entre personas desempleadas que no pueden comprar el *clorhidrato*, criminales y, ocasionalmente, entre estudiantes. Se utiliza diariamente y con frecuencia a lo largo de todo el día; a veces incluso de forma incontrolada. Como consecuencia se produce un daño mayor a nivel intranasal que con el uso de *clorhidrato*.

La práctica de mascar hoja de coca se mantiene actualmente en la zona de los Andes, particularmente entre los *quechuas* y los *aymaran* de Perú y Bolivia. El consumo es exclusivo entre trabajadores como los mineros, granjeros y pescadores, con el fin de incrementar la energía y disminuir el apetito. Entre los indígenas de esta región, el uso de la hoja de coca es algo normal; es un componente integral de sus tradiciones. El uso de la hoja de coca prácticamente no causa efectos dañinos a los usuarios, quienes pueden auto-controlar su uso.

La cocaína puede también ser administrada mediante una solución para beber, como sucede en Zimbabwé; sin embargo se desconocen los detalles acerca de esta forma de administración.

En Bolivia se utiliza la cocaína en forma de gotas que son administradas por vía nasal, o bien por vía oftálmica. En este lugar, la cocaína puede ser usada mediante su aplicación en las membranas mucosas genitales durante la actividad sexual con el fin de prolongar el orgasmo (FINERMAN, RUTHBETH. 1995).

### **C. CRACK. "FREEBASE COCAINE" COCAÍNA BASE.**

Algunos usuarios procesan químicamente la cocaína con el fin de remover o separar el *clorhidrato*. Este proceso es llamado base libre "*free-basing*" y permite

*convertir a la cocaína en una droga aún más potente. El crack es un sólido obtenido así de la cocaína libre, y es llamada así porque estalla o truena y se rompe al ser calentada y fumada.*

Desde que el *crack* es ya un preparado obtenido de la cocaína base, el usuario no tiene que comprar el equipo necesario y no tiene que exponerse a químicos explosivos asociados con el free-basing. Se empaca generalmente en envases de vidrio o plástico, y se vende en pequeñas cantidades que van de 300 a 500 mg., o bien, lo suficiente para dos o tres inhalaciones.

Tradicionalmente, la cocaína constituía una droga exclusiva para hombres ricos, pero ahora el *crack* se vende a precios suficientemente bajos como para que aún los adolescentes puedan adquirirla.

#### **a. Forma de administración del Crack.**

La forma de administrar el *crack* es igual a la acostumbrada en la administración de la cocaína base. Se coloca la sustancia en una pipa de vidrio, o pipa de ceniza, con una malla fina debajo de aquella, se calienta, y entonces se inhalan los vapores.

Los vapores son absorbidos a través de los pulmones, y son transportados por medio del torrente sanguíneo hasta llegar al cerebro en un término de 10 a 15 segundos. Una sola inhalación producirá un grado de intoxicación que usualmente durará de 10 a 15 minutos.

#### **b. Efectos adversos producidos por el crack.**

Las reacciones producidas por el consumo de *crack* pueden presentarse en cualquier momento en que esta droga es usada. Puede ser desde la primera vez que se inhala, o bien después de un largo plazo de consumo. No es necesario

consumir una sobredosis para llegar incluso a la muerte, y se pueden observar los siguientes efectos después de consumir cualquier dosis :

- Convulsiones.
- Incremento del ritmo cardíaco, arritmia y posibilidad de ataque al corazón.
- Incremento agudo de la presión arterial y repentino conduciendo a un posible ataque.
- Depresión extrema con posibilidades de conducta suicida.

En adición a lo anterior, si la experiencia inicial conduce al usuario a continuar el consumo del *crack*, otros efectos adversos pueden aparecer, ya que se incrementa rápidamente la tolerancia a dicha droga y todos los problemas sociales que acarrea el hábito de consumir una droga cara (DRUG AND POISON INFORMATION CENTER. 1995).

#### ***D. EFECTOS ADVERSOS POR CONSUMO DE COCAÍNA.***

##### ***a. Efectos de la cocaína a corto plazo utilizando dosis bajas.***

Los efectos producidos por la cocaína son muy similares a los producidos por las anfetaminas, sin embargo, los usuarios ocasionales apenas perciben estos efectos durante las primeras ocasiones en que la droga es consumida. Algunos usuarios deben aprender a apreciar los efectos estimulantes de la cocaína sobre el sistema nervioso central. Además, es más sencillo percibir dichos efectos consumiendo además anfetaminas.

El consumo de la cocaína provoca alteraciones a nivel del Sistema Nervioso Central (SNC), a nivel de la conducta del usuario y a nivel cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal.

### **1. Alteraciones sobre el SNC y sobre la conducta:**

- Dilatación de la pupila.
- Incremento en los reflejos.
- Euforia.
- Sensación de bienestar.
- Desaparece la fatiga física y mental.
- Inhibición del apetito y del sueño.
- Incremento de la locuacidad o enajenamiento.
- Incremento de la autoconfianza, sentimientos de superioridad sobre el ambiente o bien ansiedad e incluso pánico.
- Incremento en la velocidad y claridad en el cumplimiento de tareas físicas y mentales (pero la habilidad para el cumplimiento de la mayoría de las funciones complejas, no es aumentada).
- Reducción en la efectividad si la droga induce a ansiedad o a la subestima de las habilidades propias.

### **2. Alteraciones sobre el sistema cardiovascular :**

- Constricción en vasos sanguíneos.
- Incremento del ritmo cardíaco después de una *disminución al principio*.
- Incremento de la presión arterial.

### **3. Alteraciones sobre el sistema respiratorio :**

- Incremento en la frecuencia respiratoria.

#### **4. Alteraciones sobre el sistema gastrointestinal :**

- *Deshidratación a nivel de la boca.*

#### **b. Efectos producidos por la cocaína a corto plazo usando dosis altas.**

Cuando las dosis de cocaína consumida son altas, los efectos ocasionados por dosis bajas, mencionados anteriormente, se intensifican. Pueden también ocurrir cualesquiera de los siguientes efectos :

#### **1. Alteraciones sobre el SNC y sobre la conducta :**

Cuando la cocaína es inyectada por vía intravenosa, las experiencias del usuario no se discriminan inicialmente de las experiencias percibidas por el consumo de metanfetaminas en términos de efecto de euforia. Sin embargo, los efectos de la cocaína disminuyen generalmente a los 30 o 40 minutos, cuando los producidos por las metanfetaminas tardan horas en desaparecer.

Existen otros efectos como son los vértigos, temblores, una posible agitación severa, incremento en los reflejos a nivel espina dorsal, espasmos musculares o síntomas paranoides. Cuando la administración de la cocaína es repetida e ininterrumpida, aparece una psicosis tóxica clínicamente indistinguible de la *psicosis producida por anfetaminas*.

#### **2. Alteraciones cardiovasculares :**

Aparece dolor de cabeza, palidez, sudoración fría y aumento en la frecuencia del pulso. Los niveles muy altos en las dosis administradas son muy peligrosos y pueden causar alteraciones en la respiración, volviéndola rápida,

irregular y superficial. Pueden aparecer así mismo convulsiones y puede sobrevenir el coma.

### **3. Alteraciones gastrointestinales :**

Aparece náusea y vómito.

#### **c. Efectos a largo plazo producidos por el uso de la cocaína.**

A pesar de que los efectos por el consumo crónico de la cocaína no han sido completamente detectados, existen varias observaciones reportadas en relación a dicho consumo.

Aparece nerviosismo en el usuario, excitabilidad, agitación, y comúnmente aparecen pensamientos paranoides. Existe una hipersensibilidad (especialmente a los ruidos), humor oscilante, aparecen disturbios en la memoria, insomnio e impotencia. Aparece un incremento en los reflejos asociado con espasmos musculares, y puede aparecer un incremento en la frecuencia del pulso. Hay confusión, agotamiento debido a los largos periodos de insomnio que se presentan frecuentemente y es muy común la pérdida del apetito.

Las complicaciones físicas dependen en parte de las características de los efectos producidos por esta droga y por la forma de administración.

Cuando la cocaína es inhalada, sobreviene una constricción en los vasos sanguíneos del recubrimiento de la nariz, lo que eventualmente puede conducir a la destrucción local del tejido y a la perforación del septo nasal.

#### **d. Mortalidad.**

A pesar de que la cocaína y las anfetaminas no se asemejan una a la otra en su composición química, su acción farmacológica es marcadamente similar.

La muerte por sobredosis de cocaína o de anfetaminas es muy rara si se comparan con sobredosis de opiáceos y barbitúricos. No obstante, el promedio de muertes por accidentes, suicidios y homicidios, es más alto entre consumidores de anfetaminas que entre la población en general. Dicha afirmación no ha sido suficientemente documentada en relación con consumidores de cocaína.

Cuando se consumen dosis letales, aparecen en el usuario alteraciones en la respiración, la cuál se vuelve más rápida, irregular y poco profunda. Aparecen convulsiones y un estado de inconsciencia precede a la muerte.

La muerte generalmente resulta de la depresión de los centros vitales cerebrales que controlan la respiración, conduciendo a una suspensión respiratoria.

Grandes dosis de cocaína administradas por vía intravenosa, cuando son letales, provocan en el usuario un paro cardíaco inmediato como resultado de la acción tóxica directa de la cocaína al corazón.

En ocasiones, dosis sencillas, de menos de 1.2 gr. de cocaína pura (1200 mg), han conducido a usuarios a la muerte, mientras que en otros casos, cuando las sobredosis exceden de 20 gr. de cocaína pura, no se ha llegado a un desenlace fatal.

### ***E. TOLERANCIA Y DEPENDENCIA EN EL USO DE LA COCAÍNA.***

Actualmente no ha sido plenamente investigada la tolerancia al efecto estimulante de la cocaína en seres humanos.

Por lo general los usuarios pueden consistentemente usar el mismo nivel de dosis durante un periodo extenso sin reportar un declive en los efectos placenteros subjetivos de la droga. A pesar de esto, muchos usuarios incrementan con frecuencia sus dosis diariamente. Han sido reportadas dosis que llegan o rebasan los 10 grs. de cocaína pura al día.

Estos incrementos en las dosis diarias se deben seguramente a un deseo de intensificar y prolongar los efectos producidos por la cocaína.

Como contrario a la tolerancia, sería un incremento en la sensibilidad a las propiedades anestésicas y convulsionantes de la cocaína, con el uso repetido de dicha droga.

La aparición de ciertos síntomas característicos que acompañan los periodos de abstinencia, son indicadores de que la dependencia física está presente en el consumo de la cocaína, a pesar de que algunos investigadores no están de acuerdo con esto.

Los síntomas que aparecen son cualitativamente similares a aquellos que acompañan la abstinencia de otros estimulantes del SNC, pero son menos pronunciados que los producidos por el retiro de anfetaminas.

Durante la abstinencia aparece en los usuarios depresión física, cansancio, un sueño largo pero poco reparador acompañado de actividad rápida en el movimiento de los ojos. (REM), y apetito después del uso de la cocaína. La

intensidad de los síntomas depende de la forma y la cantidad en que se usó la droga.

Existe así mismo una intensa dependencia psicológica. Algunos usuarios experimentan depresión que va de moderada a severa, por períodos extensos de tiempo cuando no pueden adquirir la droga. Esto los preocupa al punto de la obsesión, y la depresión desaparece inmediatamente después de la administración de cocaína (Cox, T. 1990).

En cuanto a los efectos producidos por la cocaína durante el embarazo, ya sea a la madre o al feto, se conoce muy poco. Algunos reportes sugieren que existe la tendencia a presentar un incremento en la presión arterial, aumentándose así el riesgo a complicaciones obstétricas. Hay algunos estudios acerca de los efectos producidos por el *crack* en los hijos de adictos, sin embargo, es difícil determinarlos con exactitud por la posible contribución de otros factores que intervienen como es el uso de otras drogas (alcohol, marihuana, tabaco, etc).(ARF , 1995).

#### ***F. TIPOS Y CLASES DE USUARIOS DE COCAÍNA.***

La tipología que se proporciona a continuación se basa en estudios de investigación realizados en tres ciudades de Europa, mediante un análisis cualitativo a través de entrevistas realizadas a 360 usuarios de cocaína. Dichas entrevistas se basan en la biografía de los usuarios y fueron efectuadas en Barcelona, Rotterdam y Turín.

La importancia de clasificar a los usuarios en este tipo de investigación, estriba en la necesidad de discernir las diferencias que existen en ellos en cuanto a clase socioeconómica, edad, motivaciones para consumir cocaína, expectativas, historia previa en el consumo de otras drogas, etc. Se hace

referencia a esta tipología realizada en Europa, ya que en México no se ha realizado, hasta el momento, una clasificación semejante.

#### **a. Barcelona :**

En Barcelona se clasificó a los usuarios dentro de ocho diferentes tipos, de acuerdo con el propósito y función del uso de cocaína, el contexto del uso, el estilo de vida, la importancia que se concede a la droga, así como el curso del consumo de los usuarios.

Estos ocho tipos son los siguientes :

##### **1. Tipo Social.**

Para este tipo, el uso de cocaína se lleva a cabo en lugares semejantes a fiestas, reuniones sociales o en lugares donde existe una interacción social.

Para estos usuarios, *si hay cocaína en dichos sitios, el ambiente se torna mejor, y si no la hay, no importa, ya que no es indispensable. El rol de la cocaína no es tan importante como el del alcohol y otras drogas (especialmente hashis).*

La cocaína se usa esporádicamente y la cantidad consumida es generalmente de 0.5 gr. al mes. La ruta de administración es siempre intranasal.

Estos usuarios no han tenido contacto con algún servicio de salud relacionado con consumo de drogas y no presentan actividades criminales en relación con la cocaína.

## **2. Tipo Circunstancial.**

En este caso el consumo de la cocaína se realiza también en fiestas, pero el rol de la cocaína es aún más importante y significativo. Existe asociación entre la cocaína y la fiesta, ya que si no hay cocaína no hay diversión. Dicha droga se consume con grandes cantidades de alcohol para evitar los efectos negativos como son la "cruda" y el cansancio.

En este tipo, la cocaína es consumida también en la casa y en el trabajo durante crisis personales y emocionales, durante el trabajo intenso o para incrementar el rendimiento, por lo que el nivel de la cantidad usada se incrementa temporalmente.

El grupo que se encuentra dentro de esta tipología se constituye por trabajadores y directores medios, ninguno adicto a la heroína. No han tenido contacto con centros de tratamiento ni han tenido problemas legales asociados al consumo de la cocaína.

## **3. Tipo Situacional.**

Este tipo de usuarios consumen cocaína dentro del contexto del trabajo, en donde la cocaína está disponible para ellos. El consumo está asociado al cumplimiento del trabajo y sus requerimientos. Se consume así mismo en círculos ligados a la vida nocturna, publicidad, moda, comunicación, empresas de espectáculos, etc. El consumo es menos restringido y más público que en los otros tipos de consumidores y se asocia a la élite, al prestigio y al éxito.

Este tipo de consumidores pertenecen a la clase media alta y generalmente son profesionistas. No son consumidores de heroína, no tienen contacto con centros de tratamiento de adicciones y no presentan problemas legales asociados

con el uso de cocaína, la cual es consumida vía intranasal por usuarios con un promedio de edad de 30 años.

#### **4. Tipo Elitista.**

Los usuarios dentro de este tipo son encontrados en de círculos más cerrados y son caracterizados por un estilo de vida más exclusivo en cuanto a prestigio y actividades como indicadores de un estatus dentro de la élite social (poseen carros costosos, juegan golf, etc). Debido a esto, presentan altas posibilidades de adquirir cocaína de buena calidad. El consumo está asociado en gran medida con el mundo de los negocios.

Este grupo de personas presentan ciertos problemas asociados con el consumo de cocaína, por lo que han tenido algún contacto con centros de salud asociados a adicciones, pero no presentan problemas legales en relación con el consumo de dicha droga.

El promedio de edad dentro de este tipo es de 35 años.

#### **5. Tipo Comercial.**

Dentro de este tipo de consumidores, la cocaína juega un papel sumamente importante en cuanto a la forma de vida y los negocios. El uso de la droga es muy variable en cuanto a frecuencia y cantidad.

La cocaína es utilizada como la principal droga a través de sus vidas. Se consume diariamente en cantidades que van de los 5 gr. a los 10 gr., y con frecuencia son personas envueltas en actividades ilegales, con un promedio de edad de 34 años.

## **6. Tipo Disfuncional.**

El uso de la cocaína dentro de este tipo de consumidores es en forma compulsiva, lo cual implica el uso altamente frecuente, con niveles de intensidad altos y de duración relativamente larga.

Existe aquí una dependencia psicológica a la cocaína, la cuál lleva al usuario a conductas compulsivas en cuanto al consumo, excluyendo así otro tipo de conductas, ya que llegan a romperse relaciones interpersonales prevaleciendo únicamente una cadena con la cocaína. El usuario presenta una necesidad de obtener estimulación y euforia a través de la cocaína, incrementándose de esta forma la tolerancia a dicha droga.

Dentro del Tipo Disfuncional, encontramos dos subtipos de usuarios :

### **6.1. Adicto a cocaína pura.**

Estos usuarios no presentan relación con consumo de heroína, ya que la cocaína es la principal droga, la cual no está ligada con ocasiones especiales. Esto es, la cocaína es consumida diariamente a excepción del periodo inicial de uso; en forma intranasal y *cocaína base (free base)* o *crack*, pero no por vía intravenosa.

Estas personas presentan problemas asociados al consumo de la cocaína y son de tipo financiero y en ocasiones legales, principalmente durante periodos de uso intensivo. Así mismo, presentan problemas de salud físicos y psicológicos.

El promedio de edad dentro de este subtipo de usuarios es de 30 años.

## **6.2. Adicto a cocaína, ex-adicto a heroína.**

Dentro de este grupo de usuarios se presenta el consumo de cocaína en forma compulsiva como resultado de la substitución de la heroína como droga principal, o bien de otras drogas, las cuales llegan a ser menos importantes a partir del inicio del consumo de cocaína.

La forma de administración dentro de este grupo es principalmente intravenosa, así como un uso intensivo de *cocaína base (free base)*, y sólo ocasionalmente se consume en forma intranasal. En algunos casos, el *free base* substituye la administración por vía intravenosa, debido a que esta última forma de administración se relaciona con una imagen negativa de adictos que se inyectan la droga, como lo son los adictos a la heroína.

Dentro de este subtipo, la cocaína es consumida diariamente. Se presentan problemas físicos, psicológicos, así como financieros, asociados al consumo de esta droga. Frecuentemente los usuarios se encuentran bajo tratamiento por la adicción y se encuentran, o se encontraron ligados a actividades criminales durante el periodo de adicción a la heroína, o bien, durante un periodo intensivo de uso de cocaína.

A pesar de que la cocaína es la droga principal consumida por este grupo de personas, existe un consumo funcional de heroína con el fin de que los efectos negativos producidos por la cocaína, se reviertan.

## **7. Tipo adicto a heroína.**

Para este grupo de usuarios, la heroína es la droga más importante dentro de su consumo. El uso de la cocaína tiene la finalidad de contraponer o revertir los efectos de la heroína.

La cocaína se administra por vía intravenosa en cantidades considerablemente altas. Algunos usuarios dentro de este tipo consumen la heroína junto con la cocaína "speedball". Generalmente son personas que pertenecen a una clase social baja y presentan un nivel de educación también bajo. Han estado involucrados en actividades criminales con frecuencia y la entrada a las adicciones es por lo general derivación de estas actividades. El promedio de edad en este grupo es de 28 años.

### **8. Tipo adicto a heroína anteriormente.**

Dentro de este grupo de usuarios, existe una historia en sus vidas de adicción específica a las drogas. Los usuarios presentaron en el pasado una poliadicción a diferentes tipos de droga, especialmente a la heroína y a la cocaína, la cual fue consumida en altas dosis. Generalmente, estas personas han completado algún tratamiento de rehabilitación.

La vía de administración es en todos los casos intranasal; esta clase de consumidores se asemejan con los tipos social, circunstancial y situacional.

Estos usuarios han consumido heroína y otras drogas antes de usar cocaína. Son ex-adictos a heroína, por lo cuál han recibido algún tipo de tratamiento. Han consumido cocaína durante los últimos 10 o 15 años, por lo que presentan problemas físicos. El promedio de edad dentro de este grupo es de 28 años (BIELEMAN, B. ; DÍAZ, A. ; MERLO, G. ; KAPLAN, CH. D., 1993).

#### **b. Rotterdam :**

En cuanto a la clasificación de los usuarios en el estudio realizado en la ciudad de Rotterdam, encontramos que se clasificaron ocho diferentes tipos de usuarios. Esta tipología se basa en la dimensión del significado que los usuarios

dan a la cocaína. La clasificación se visualiza dentro de tres aspectos : un aspecto subcultural, que es como se liga el consumo con una subcultura específica. Un aspecto funcional, refiriéndose a la forma en que la cocaína toma una función clara y específica para los usuarios. Y por último, el aspecto de la ocasión, como serían fiestas y momentos significativos para los consumidores.

### **1. Tipo Burgandian.**

Para este tipo de usuarios, la cocaína juega un papel menor en su estilo de vida. Aquella es percibida como un lujo y puede ser comparada con una cena cara, o con una botella de buen vino o de champaña. La cocaína se consume entre un pequeño grupo cerrado de amigos y solamente entre dicho grupo se comenta acerca de esta droga. Hay discreción y confianza al respecto para no poner en entredicho la posición del usuario. La edad promedio del grupo en cuestión fue de 38 años.

### **2. Tipo Experimental.**

Entre este grupo de personas, el consumo de cocaína tiene el fin de adquirir experiencia, pero no es una actividad primordial. Existe un rango de diferentes drogas que se han consumido para conocer el efecto que cada una de ellas produce, y la cocaína es sólo una droga más en este rango. Este tipo de usuarios piensan que solo probando la droga se puede hablar acerca de ésta y se pueden valorar los efectos positivos y negativos de cada una. Así, el consumo decrece o desaparece por completo después de un lapso, y la experiencia al respecto se convierte en una forma de enriquecimiento en la vida. El promedio de edad dentro de este grupo es de 27 años.

### **3. Tipo Situacional.**

Existe un consumo incidental y limitado consciente o inconscientemente de cocaína, especialmente ligado a ocasiones especiales como es la Navidad, el Año Nuevo, algún cumpleaños, etc. Este rango va de una actitud más "calvinista" a una actitud más "hedonista". En el primer caso, se evitan ciertas situaciones si se sabe de antemano que la droga va a ser usada. En el segundo caso, las situaciones que permiten el consumo llegan a veces a ser incluso creadas. Dentro de este grupo encontramos un promedio de edad de 28 años.

### **4. El Tipo Distintivo.**

Los miembros que pertenecen a este tipo de grupo son por lo regular diferentes a otras personas ya que se apartan de las normas sociales establecidas. Se oponen a los valores y tradiciones que condenan el uso de las drogas.

Estos usuarios buscan en la cocaína una cierta identidad, y el consumo (como es la iniciación, el progreso y la abstinencia) está determinada por el grupo, el cuál está constituido por ejemplo por artistas, punks, etc. Es un tipo que tiende gradualmente a desaparecer. El promedio de edad es de 33 años.

### **5. Tipo Hedonista.**

Para las personas que pertenecen a este tipo cualquier cosa que incremente el placer y la diversión está permitida. Buscan experiencias nuevas tratando de hacer la vida más excitante e interesante. Debido a esto, la cocaína resulta algo ideal, y es considerada como fuente de placer.

Es típico entre estos usuarios consumir la cocaína en forma intensiva por períodos cortos. Si la droga trae consigo la aparición de problemas físicos o económicos, a costa de la diversión, el usuario reduce el consumo por un período limitado de tiempo. La edad promedio de los usuarios dentro de este grupo es de 23 años.

#### **6. Tipo Rutina.**

Para los usuarios pertenecientes a esta categoría, la cocaína no es considerada como un lujo o como una droga exclusiva. La cocaína ha llegado a ser algo más o menos integrado a sus vidas, y su consumo pertenece a sus actividades diarias, como es el consumo de alcohol, y no es específico de ocasiones especiales.

El uso de la cocaína se convierte dentro de esta categoría en una rutina, en algo normal y natural, lo cual trae como consecuencia la presencia de problemas ligados al consumo. A pesar de esto, los usuarios niegan dichos problemas, limitándose a interrumpir el consumo por períodos cortos de tiempo. Dentro de este grupo encontramos un promedio de edad de 29 años.

#### **7. Tipo polidroga.**

Los opiáceos y la cocaína juegan un papel central dentro de las vidas de los usuarios pertenecientes a este tipo, quienes pertenecen a un nivel subcultural ligado al consumo excesivo de drogas. Un gran número de ellos presentan así mismo adicción a la heroína, así como a una gran gama de drogas diferentes, pero la cocaína es más invasiva y más adictiva para ellos.

Estos usuarios presentan problemas financieros, físicos y psicológicos a menudo. Cometan actos criminales para solucionar los conflictos financieros, por

lo que continuamente están en contacto con la policía y la corte. Y así mismo, son personas que tienen contacto frecuente con centros de tratamiento a adicciones. El promedio de edad de estos usuarios es de 30 años.

## **8. Cocainómanos.**

La cocaína juega un papel central para estos usuarios, dominando así sus vidas, pero a diferencia del *tipo polidroga*, la heroína es excluida en el consumo.

Es muy frecuente encontrar dentro de esta categoría de usuarios la existencia de problemas familiares y durante la infancia, los cuales llevaron a dichos usuarios a iniciarse en el consumo de drogas. Presentan problemas físicos, psicológicos y financieros graves, y se encuentran envueltos en problemas legales con gran frecuencia. Se perciben a ellos mismos como 'adictos', y el promedio de edad es de 27 años dentro del grupo investigado.

### **c. Turín.**

La clasificación que se realizó en la ciudad de Turín es diferente a la realizada en Barcelona y Rotterdam. Existen aquí cuatro tipos diferentes de usuarios.

#### **1. Grupo Intimo.**

La cocaína es consumida siempre dentro de un grupo cerrado de amistades. Los usuarios en su mayoría utilizan también *cannabis*, y sólo una minoría *heroína*. Casi todos ellos tienen un trabajo fijo, son solteros, y no presentan relación con actos criminales asociados al consumo de cocaína.

Prácticamente ninguno de los usuarios mantiene relación con el comercio de drogas y algunos de ellos obtienen la cocaína gratis. Presentan periodos de abstinencia de hasta un año y algunos han tenido contacto con centro de tratamiento a adicciones por haber presentado problemas físicos y psicológicos en relación a dicha droga.

La cocaína es consumida en situaciones sociales como lo son las fiestas, reuniones, etc., con el fin de facilitar la comunicación en dichas ocasiones. La cocaína es visualizada como algo integrado a sus vidas que trae consigo pocos o ningún problema. Nunca es administrada por vía intravenosa.

## **2. Grupo de Trabajo.**

Dentro de este grupo de usuarios, la cocaína es consumida dentro de círculos de amistades y dentro del círculo ligado a cuestiones de trabajo. Presentan un nivel cultural alto, son por lo general casados, empleados, no presentan problemas legales ni tampoco están envueltos en el comercio de drogas.

La cocaína nunca es administrada por vía intravenosa, y prácticamente son sujetos que no han tenido contacto previo con heroína.

## **3. Grupo Severo.**

Este grupo de usuarios pertenecen a una subcultura de 'bajo mundo' típico de los adictos a heroína, la cuál es consumida junto con la cocaína en forma intravenosa, o bien antes de usar esta.

La mayoría de estos usuarios son hombres, desempleados, con un nivel cultural bajo, y relacionados con actividades criminales. Se inician en el consumo

de cocaína antes de los veinte años, y la han consumido por espacio de cinco años. Prácticamente ninguno presenta períodos de abstinencia, y sólo unos cuantos han llevado a cabo algún tratamiento contra adicciones (especialmente en prisión), debido a la adicción a la heroína y otras sustancias, pero sin embargo, no presentan intenciones de abandonar el uso de la cocaína.

#### **4. Grupo Variable.**

Estos usuarios no presentan un estilo de consumo de drogas persistente. La mayor parte del grupo lo constituyen hombres, solteros, desempleados, y más de la mitad de éste lo componen sujetos con un alto nivel de escolaridad.

Durante los períodos más intensos de consumo, predomina el *estilo severo (grupo severo)*, mientras que en algunos casos predomina el *estilo de trabajo*. Mientras que la mitad de estos usuarios han usado heroína previamente a la cocaína o durante su uso, la otra mitad nunca se ha inyectado cocaína. Cerca de la mitad de los usuarios presentan actividades criminales, y la mayoría experimenta problemas físicos y psicológicos. A pesar de esto, sólo muy pocos tienen contacto con centros de tratamiento a adicciones, pero la mayoría tiene intenciones de dejar de consumir cocaína. (Bieleman, B; Diaz, A; Merlo, G; Kaplan, CH:D, 1993).

## CAPÍTULO III.

### METODOLOGÍA.

#### A. OBJETIVOS.

Describir los factores psicosociales asociados al consumo de cocaína en un grupo de 15 sujetos usuarios. Para cumplir con el objetivo general, se proponen los siguientes objetivos particulares:

- Averiguar diferentes datos sobre los consumidores llevando a cabo la entrevista y cubriendo las diferentes áreas que la comprenden:
- Datos Sociodemográficos. Incluyendo sexo, edad, escolaridad, ocupación, origen, lugar de residencia, religión, ingresos y fuente.
- Historia de consumo, patrones de uso y aspectos relacionados. Datos: edad de inicio, razones de acuerdo a la percepción del sujeto para el primer uso de cocaína, circunstancias, vía de administración.
- Patrones de uso: dosis, frecuencia, combinaciones y motivos de éstas.
- Aspectos relacionados (tipo situacional).
- Efectos subjetivos percibidos, identificados y reportados por el propio usuario.
- Aspectos psicosociales. Lo que siente que el entorno (familia y sociedad) piensa de él y cómo se ubica como consumidor.
- Daños asociados al consumo. Lo que el sujeto percibe en términos psicológicos, físicos, laborales y familiares.
- Tratamiento. Si lo ha tenido previamente; cuáles, cómo. O bien, si lo ha considerado o no.
- Descripción de un día normal en la vida del informante. Una sesión típica de consumo en su vida, (con quién, quién lo lleva, a quién se invita, a quién se excluye, etc).

## **B. PROBLEMA.**

- ¿Existen factores psicosociales asociados al consumo de cocaína, de acuerdo a la percepción de un grupo de usuarios. Cuáles son, cómo interactúan?

## **C. VARIABLES.**

- Variable Independiente : Consumo de Cocaína.
- Variable Dependiente : Indicadores Psicosociales.
- Variables extrañas, que no serán tomadas en cuenta, pero que influyen.

Se entiende como consumo, uso o abuso de drogas, el consumo de sustancias prohibidas por la ley, la administración de fármacos ilícitos empleados con propósitos diferentes de los propiamente médicos. El consumo excesivo de una droga prescrita lícitamente o de manera diferente a las indicaciones médicas. La prescripción inadecuada de una droga, el consumo de sustancias solventes de uso industrial y el abuso en el consumo del alcohol y de tabaco (*Guía para el Diseño y Desarrollo de Programas Preventivos en Materia de Adicciones*, 1994).

En esta investigación, se entiende por consumo de cocaína que el usuario utilice cocaína como droga principal dentro de los seis meses anteriores a las entrevistas.

**COCAÍNA.** "Droga estimulante que constituye el ingrediente psicoactivo de las hojas de coca. Produce sentimientos de euforia, aumentos del estado de alerta, disminución del apetito y de la sensación de fatiga" (*Las adicciones: Hacia un enfoque disciplinario*, 1994).

Se entiende por Indicadores psicosociales aquellos que denotan medidas individuales como elementos específicos que reflejan directamente el atributo medido. Por ejemplo: tipo de droga de consumo, tipo de usuario, edad de inicio en el consumo, antecedentes de problemas laborales por el uso de la o las drogas (*Las adicciones...*, 1994).

Estas variables socioeconómicas son las relacionadas con las condiciones sociales y psicológicas, culturales, ocupacionales, demográficas, de salud, etc, agrupadas en variables del individuo (*Encuesta Nacional de Adicciones. Drogas Ilegales*, 1993).

El grupo de consumidores de cocaína consta de 15 sujetos, los cuales serán evaluados a través de una entrevista que evalúa áreas como son : historia y patrones de consumo, datos sociodemográficos, efectos del uso de cocaína, aspectos psicosociales, daños asociados al consumo, tratamiento.

#### **D. MUESTRA.**

- La muestra consta de un grupo compuesto de 15 sujetos consumidores de cocaína, con diferentes características como son: sexo, edad, escolaridad, nivel socioeconómico, historia de consumo, nivel de consumo, etc.
- El muestreo es Propositivo porque se orienta a seleccionar a los sujetos con las mismas características en cuanto a l uso de cocaína básica.

#### **E. TIPO DE ESTUDIO.**

- Estudio de Campo. En cuanto a la identificación de los sujetos. Es un estudio de tipo clínico en cuanto a la valoración mediante entrevista dirigida. Investigación psicológica clínica de corte pre experimental.

## ***F. NIVEL DE INVESTIGACIÓN.***

- Exploratorio.

Se pretende aproximarse al fenómeno, que es el consumo de cocaína y la relación de éste con ciertos eventos o factores psicosociales.

## ***G. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.***

- De una sola muestra. X 0  
0 X . Consumidores de cocaína  
X 0 . La entrevista evalúa (corte transversal), ya que el consumo existe como parte de la vida de los sujetos

## ***H. INSTRUMENTOS.***

Se trata de una entrevista enmarcada dentro de un enfoque cualitativo que parte de una posición teórica del conocimiento (fenomenología), que determina formas específicas en la recolección de datos, trabajo de campo, muestreo y análisis específicos para la interpretación de la información. Su objetivo es el de identificar y describir los indicadores asociados al inicio, mantenimiento y cese en el consumo de cocaína en distintos grupos de usuarios, analizando relatos de sus vidas para identificar los factores de riesgo (GALVÁN, RODRÍGUEZ, BRAVO, 1996).

## ***I. PROCEDIMIENTO.***

Las entrevistas se llevaron a cabo a través de la DIVISIÓN DE INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS Y SOCIALES DEL CENTRO DE INFORMACIÓN EN FARMACODEPENDENCIA DEL INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA. La muestra fue elegida al azar y los sujetos fueron entrevistados en forma individual, haciéndoles saber que los datos obtenidos son confidenciales. Se llevaron a cabo en forma

verbal. Podían estar o no bajo tratamiento y el criterio de inclusión era haber consumido cocaína en los 30 días anteriores a la entrevista y llevar en tratamiento un máximo de seis meses. No debían estar intoxicados durante la entrevista.

Se les explicaron los objetivos de la entrevista y se les pidió su consentimiento para grabarla.

#### ***J. ANÁLISIS ESTADÍSTICO.***

- Estadística descriptiva a través de frecuencias, porcentajes, medias, desviación estándar.
- Análisis cualitativo.

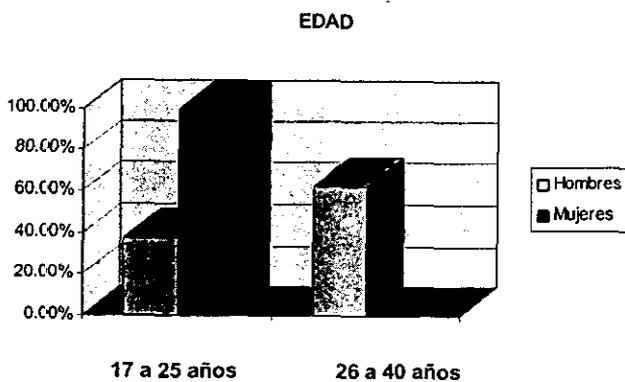
## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS.

#### A) RESULTADOS DESCRIPTIVOS.

##### a. Datos Sociodemográficos.

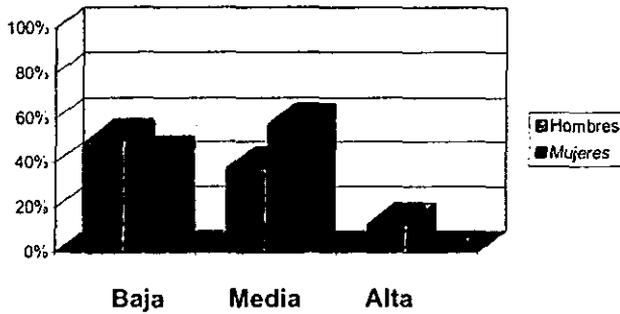
EDAD				
		HOMBRES		MUJERES
17-25 AÑOS	10%	37.50%	20%	100%
26-40 AÑOS	10%	62.50%	20%	100%
		100%		100%
MEDA		25.5 AÑOS		24.5 AÑOS



## NIVEL SOCIOECONÓMICO

		HOMBRES		MUJERES
CLASE BAJA	n=4	50%	n=3	42.8%
CLASE MEDIA	n=3	75%	n=4	57.5%
CLASE ALTA	n=1	25%	n=0	0%

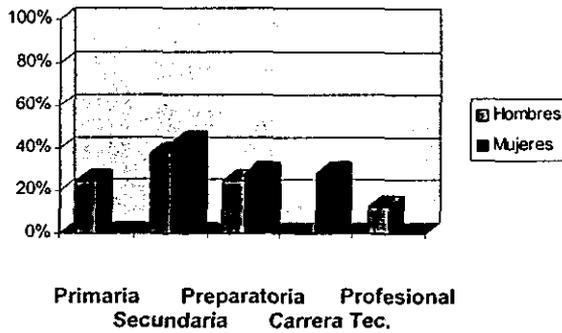
### Nivel socioeconómico



## ESCOLARIDAD

		HOMBRES		MUJERES
PRIMARIA	n=2	25%	n=0	0%
SECUNDARIA	n=8	37.5%	n=3	12.0%
PREPARATORIA	n=2	25%	n=2	28.6%
CARRERA TEC	n=0	0%	n=2	28.6%
PROFESIONAL	n=1	12.5%	n=0	0%

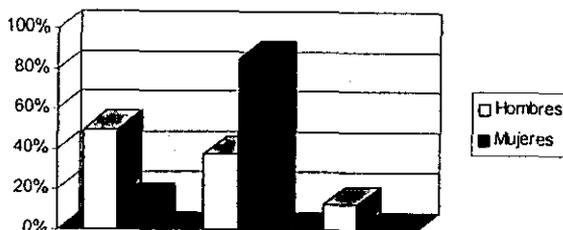
Escolaridad



## OCUPACIÓN

		HOMBRES		MUJERES
EMPLEADOS	n=7	50%	n=17	14.3%
DESEMPLEADOS	n=5	37.5%	n=6	85.7%
ESTUDIANTES	n=4	12.5%	n=0	0%

Ocupación



Empleados Desemplea. Estudiantes

Encontramos que los hombres en su mayoría presentan un nivel socioeconómico de bajo a medio, subempleados, o bien se encuentran desempleados, son originarios del Distrito Federal y presentan una escolaridad a nivel medio. La edad promedio que estos sujetos presentan es de 28.3 años, y en cuanto a su estado civil, son casados, solteros, divorciados y viven en unión libre.

Las mujeres también pertenecen a niveles socioeconómicos bajo y medio, originarias del Distrito Federal, encontrándose la mayor parte de ellas desempleadas, solteras y con un nivel escolar medio.

b. Drogas de Consumo.

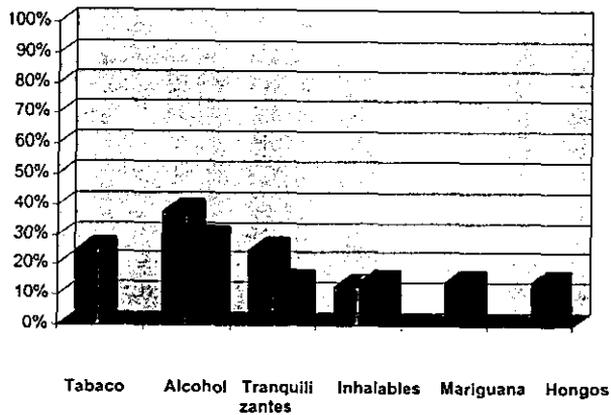
DROGAS DE INICIO				
		HOMBRES		MUJERES
TABACO	n=2	25%	n=0	0.0%
ALCOHOL	n=8	37.5%	n=2	28.5%
TRANQUILIZANTES	n=2	25%	n=1	14.2%
SUSTANCIAS INHALABLES	n=4	12.5%	n=1	14%
MARIJUANA	n=4	20%	n=1	14.2%
HONGOS	n=1	0%	n=1	14.2%

\* Rohypnol

\*\*Benzodiazepina

Drogas de inicio

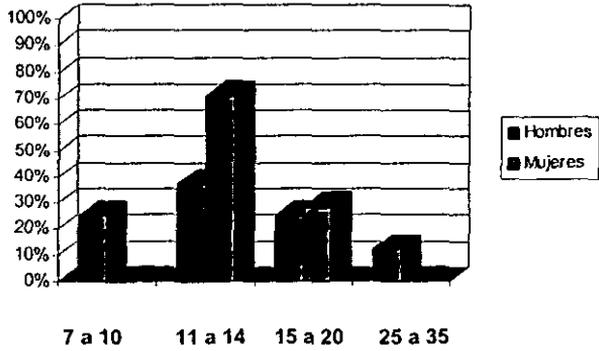
□ Hombres  
■ Mujeres



## EDAD DE INICIO

		HOMBRES		MUJERES	
		n	%	n	%
7 A 10 AÑOS	n=2	2	25%	0	0%
11 A 14 AÑOS	n=3	3	37.5%	3	71.4%
15 Y 20 AÑOS	n=2	2	25%	2	28.5%
21 A 35 AÑOS	n=1	1	12.5%	0	0%
<b>MEDIA</b>			<b>15.6 AÑOS</b>		<b>13.8 AÑOS</b>

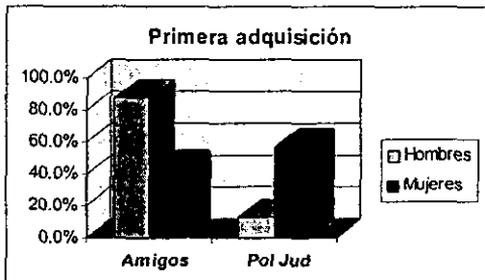
Edad de inicio



ESTA TAREA NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

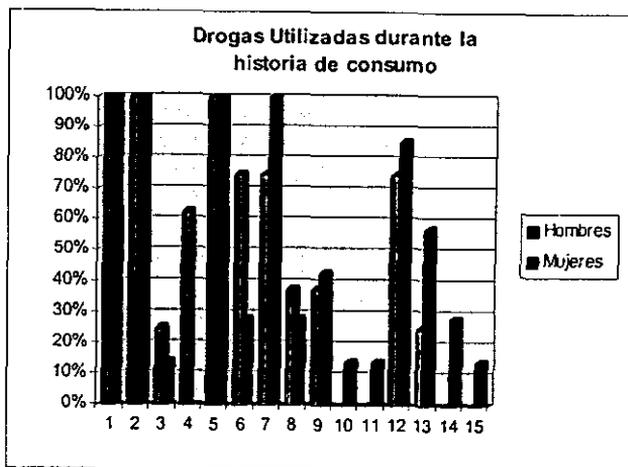
PRIMERA ADQUISICIÓN

		HOMBRES		MUJERES
AMIGOS	n=7	87.5%	n=8	42.8%
POLICIA JUDICIAL	n=4	12.5%	n=4	57.1%



## DROGAS UTILIZADAS DURANTE LA HISTORIA DEL CONSUMO

		HOMBRES		MUJERES	
VARIAS DROGAS	1	n=8	100%	n=7	100%
COCAINA	2	n=8	100%	n=7	100%
CRACK	3	n=2	25%	n=1	14.2%
TABACO	4	n=5	62.5%	n=0	0%
ALCOHOL	5	n=8	100%	n=7	100%
INHALABLES	6	n=6	75%	n=2	28.5%
MARIGUANA	7	n=6	75%	n=7	100%
HONGOS	8	n=3	37.5%	n=2	28.5%
PEYOTE	9	n=3	37.5%	n=3	42.8%
MEZCALINA	10	n=0	0%	n=1	14.2%
ACIDO	11	n=0	0%	n=1	14.2%
TRANQUILIZANTES	12	n=6	75%	n=6	85.7%
PROHYRNO	13	n=2	25%	n=4	57.1%
EXTASIS	14	n=0	0%	n=2	28.5%
NARCÓTICOS	15	n=0	0%	n=1	14.2%



Los resultados en cuanto a la historia de consumo de drogas de los sujetos entrevistados, arrojan datos importantes en cuanto a los patrones de dicho consumo y en cuanto a ciertas diferencias entre hombres y mujeres.

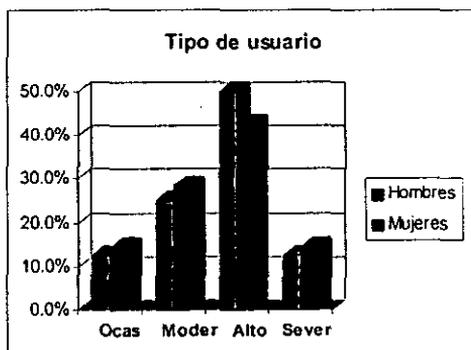
Existe una mayor incidencia de consumo de alcohol, tabaco y tranquilizantes en cuanto a la primer droga utilizada, tanto por los hombres como por las mujeres. El resto de los entrevistados, inician su historial de consumo con otras drogas, encontrándose que existe una mayor diversidad de sustancias en el consumo de las mujeres. Ninguno de los sujetos inicia su historial de consumo con cocaína.

La edad promedio en el inicio del consumo de sustancias psicoactivas es de 13.8 años en los hombres, y de 15.6 años en las mujeres. Ambos sexos relatan haber adquirido alguna droga por primera vez regalada, principalmente por algún amigo, pero también el porcentaje es alto; especialmente en el caso de las mujeres; en cuanto a haberla adquirido regalada de manos de policías judiciales. También ambos sexos han consumido a lo largo de su historial, una gran diversidad de drogas con el fin de probar sus efectos. De dichas drogas, el mayor índice de consumo se refiere a alcohol, sustancias inhalables, marihuana y

tranquilizantes, incluyendo *Rohypnol*, además de la cocaína. Ninguno de los sujetos entrevistados consumieron a lo largo de su trayectoria una sola droga.

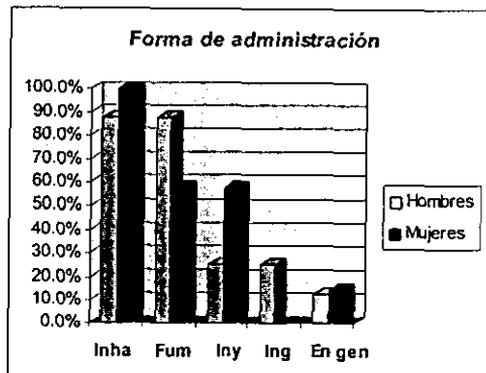
**c. Cocaína.**

TIPO DE USUARIO				
		HOMBRES		MUJERES
OCASIONAL	n=6	12,5%	n=5	14,2%
MODERADO	n=2	25,0%	n=2	28,50%
ALTO	n=4	50%	n=3	42,8%
SEVERO	n=1	12,5%	n=1	14,2%



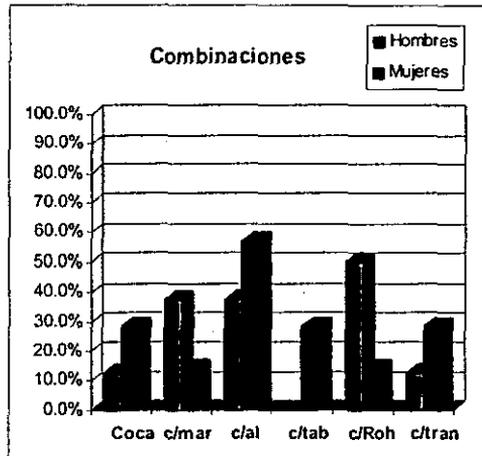
## FORMA DE ADMINISTRACIÓN

		HOMBRES		MUJERES	
		n	%	n	%
INHALADA	n=7	7	100%	7	100%
FUMADA	n=7	6	85.7%	4	57.1%
INYECCIÓN	n=7	2	28.6%	4	57.1%
INGESTIVA	n=2	2	100%	0	0.0%
EN GENERALES	n=7	2	28.6%	1	14.3%



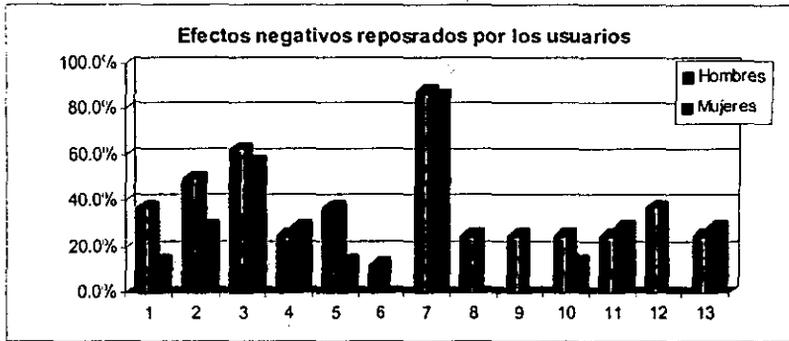
## COMBINACIONES

		HOMBRES		MUJERES
S/O/COCAINA	n=1	12.5%	n=2	28.5%
C/MARIGUANA	n=3	37.5%	n=1	14.2%
C/ALCOHOL	n=3	37.5%	n=4	57.1%
C/TABACO	n=0	0%	n=2	28.5%
C/ROHYPNOL	n=4	50%	n=1	14.2%
C/TRANQUILIZANTES	n=1	12.5%	n=2	28.5%



## EFECTOS NEGATIVOS REPORTADOS POR LOS USUARIOS

			HOMBRES		MUJERES
AGRESIVIDAD	1	n=2	37,5%	n=1	14,2%
ANSIEDAD	2	n=4	50%	n=2	28,5%
DEPRESION	3	n=5	62,5%	n=3	37,3%
IDEAS DEIRANTES	4	n=2	25%	n=2	28,5%
ILUSIONES Y ALUCINACIONES	5	n=3	37,5%	n=1	14,2%
SENTIMIENTOS DE CULPA	6	n=1	12,5%	n=0	0%
SINDROME DE ABSTINENCIA	7	n=7	87,5%	n=6	85,7%
ASIA-MIENTO	8	n=2	25%	n=0	0%
INSOMIO	9	n=2	25%	n=0	0%
DISMINUCION DE MEMORIA	10	n=2	25%	n=1	14,2%
TAQUICARDIA	11	n=2	25%	n=2	28,5%
PERDIDA DE PESO	12	n=3	37,5%	n=0	0%
PROBLEMAS NASALES	13	n=2	25%	n=2	28,5%



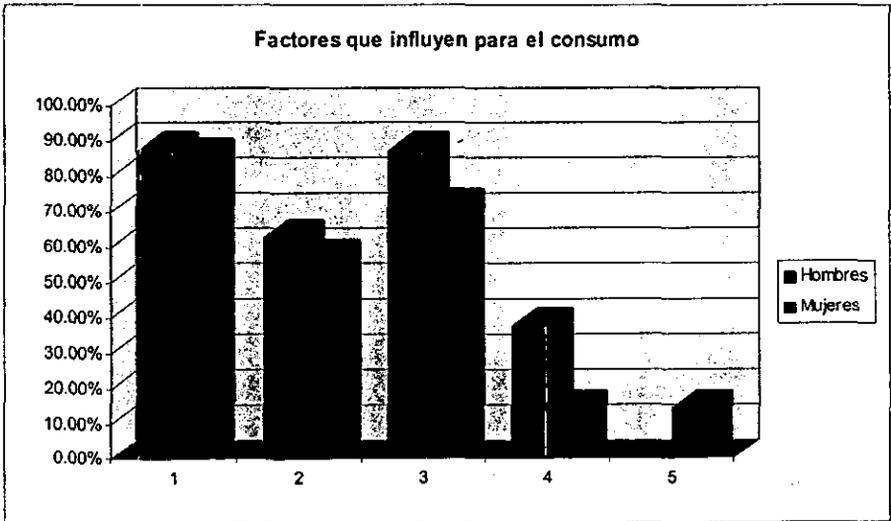
### PERCEPCIÓN DE LA COCAÍNA POR EL USUARIO

		HOMBRES	MUJERES
POSITIVAMENTE	n=7	12.5%	14.2%
NEGATIVAMENTE	n=5	87.5%	85.7%



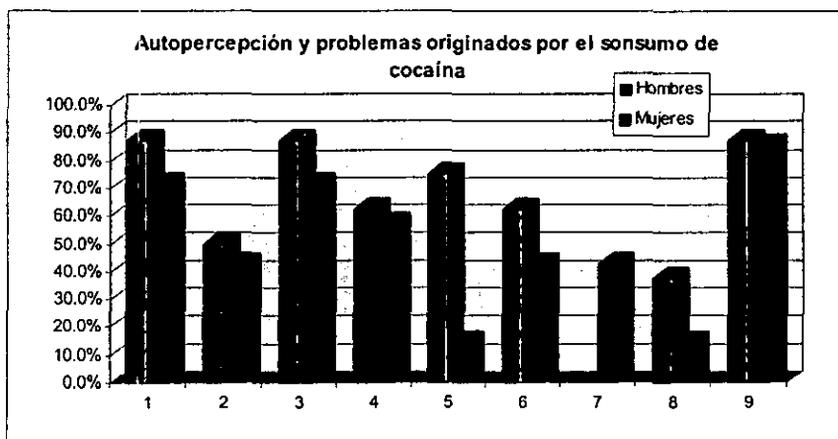
## FACTORES FAMILIARES QUE INFLUYEN PARA EL CONSUMO

		HOMBRES		MUJERES	
1. FAMILIA DESINTEGRADA Y DISFUNCIONAL	1	n=7	85.70%	n=6	85.70%
2. PADRES CON ALGUNA ADICCIÓN	2	n=5	62.5%	n=4	57.14%
3. PROBLEMAS SOC. Y FEGON	3	n=7	87.5%	n=5	71.4%
4. PADRES GOLPEADORES	4	n=8	87.5%	n=1	14.2%
5. ABUSO SEXUAL DE PADRE	5	n=0	0%	n=1	14.2%



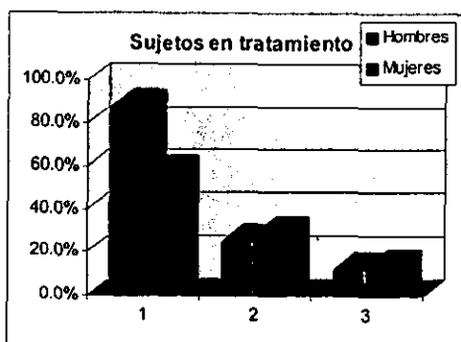
**AUTOPERCEPCIÓN Y PROBLEMAS ORIGINADOS POR EL CONSUMO DE COCAÍNA**

		HOMBRES	MUJERES
SENTIMIENTOS DE AUTOEVALUACIÓN	1	n=7 87.5%	n=5 71.4%
AGRESIVIDAD	2	n=4 50%	n=3 42.8%
PROBLEMAS SOCIALES	3	n=7 87.5%	n=5 71.4%
DEPRESIÓN	4	n=5 62.5%	n=4 57.1%
PROBLEMAS LEGALES	5	n=6 75%	n=1 14.2%
ILÍCITOS PARA SU OBTENCIÓN	6	n=6 62.5%	n=3 42.8%
PROSTITUCIÓN	7	n=0 0%	n=3 42.8%
IRRESPONSABILIDAD	8	n=3 37.5%	n=1 14.2%
INSEGURIDAD	9	n=7 87.5%	n=6 85.7%



## SUJETOS EN TRATAMIENTO

		HOMBRES	MUJERES
EN TRATAMIENTO	n=7	87.5%	57.1%
CONSUMEN EN TRATAMIENTO	n=7	25%	28.5%
EN TRATAMIENTO ANTERIORMENTE	n=7	12.5%	14.2%



En esta sección de la investigación encontramos que en cuanto a la tipología de consumo de cocaína, los sujetos, tanto hombres como mujeres, son consumidores de tipo alto en su mayoría; tanto en frecuencia de consumo como en la cantidad de cocaína que utilizan en cada dosis. El porcentaje más bajo se encontró en el tipo de consumidores ocasionales. Más de un 50% de todos los sujetos se encuentra actualmente bajo tratamiento y mantienen abstinencia en el consumo de cocaína.

En lo que se refiere a formas o vías de administración de la cocaína, tanto los hombres como las mujeres muestran una preferencia por consumir esta droga

en forma inhalada, y en segundo lugar, fumada (en ocasiones combinada con tabaco o con marihuana). Son pocos los que la ingieren, y es más de un 50% de las mujeres quienes la administran por medio de inyección.

Los sujetos que consumen la cocaína combinada con algún otra droga constituyen un porcentaje alto. Las mujeres la combinan principalmente con alcohol, y los hombres con *Rohypnol*. Ambos la combinan principalmente con marihuana y también con tranquilizantes, además de hacer otras combinaciones pero en porcentajes más bajos.

Los efectos negativos reportados por los usuarios de cocaína son muy diversos. Cerca del 100% de estos perciben la cocaína como una sustancia dañina, perjudicial o negativa. Más de un 85% de todos los sujetos reportan angustia y ansiedad. Existe también una alta incidencia de depresión, todos presentan tolerancia a esta droga, y el síndrome de abstinencia está presente en casi el 100% de los sujetos de ambos sexos. En cuanto a otros efectos, como es la presencia de ilusiones y alucinaciones, ideas delirantes, daños fisiológicos, etc, se presentan aislados en porcentajes más bajos.

Entre los factores que pueden influir al consumo de esta droga, encontramos que cerca del 100% de los consumidores pertenecen a familias desintegradas y/o disfuncionales, con problemas sociales y económicos, y que más del 50% de los hombres y las mujeres entrevistados reportan a uno o ambos padres con problemas de adicción, principalmente al alcohol.

Los sujetos reportan varios problemas en sus vidas originados por el consumo de la cocaína. El porcentaje de problemas legales es más alto en los hombres que en las mujeres. Un 50%, tanto hombres como mujeres, reportan haber cometido uno o más actos ilícitos con el fin de obtener cocaína, y entre estos actos se reportan robos, asaltos, etc, y prostitución en el caso de las mujeres.

Hay un porcentaje muy alto de sentimientos de autodevaluación y de depresión tanto en hombres como en mujeres. El 50% de la muestra se perciben como sujetos agresivos, y casi un 100% como inseguros e inmaduros. Así mismo, la mayoría reportan tener problemas sociales e interpersonales originados por el consumo de cocaína.

## **B) ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN:**

Los resultados obtenidos de esta investigación arrojan datos importantes en cuanto a los patrones de uso de cocaína y de otras drogas y de la personalidad de los sujetos de la muestra. Únicamente una mujer de los 15 sujetos se inicia en el consumo de drogas con cocaína; todos los sujetos consumen una variedad extensa de drogas y casi todos consumen la cocaína en combinación con otras drogas.

"...para drogarnos hay un chingo de cosas con lo cual nos podemos drogar, ¿por que?, porque mis amigos no habían leído, estaban en blanco, junto a mi, estaban en blanco... en teoría llevaba mucho porque leía, porque sabía que tantas drogas existían ya, de donde salían, que pastillas te ponían, que el *Valium*, que el *Diacapan*, yo ya todo lo sabía o porque yo leía o porque yo investigaba, o sea, fijate hasta donde estaba enferma que me gustaba investigar, para saber cuales eran las cosas que te ponían, o sea, yo desde esa edad empecé a leer los directorios de las farmacias, de donde vienen las medicinas, lo que tienes que consumir, todo eso, ¿si has visto un directorio telefónico?... empezaba a ver estas te dicen que... ¡uta! ¿no?, estás están gravísimas, ¡cero alcohol!...esta no me suena, a ver... empecé a buscar pastillas...

Esto habla de un tipo de personalidad en común; son sujetos muy dependientes, adictos, inmaduros, impulsivos, con una capacidad de demora de sus necesidades físicas y psicológicas muy baja, por lo que buscan a toda costa

el placer y una satisfacción inmediata, principalmente en el caso de los sujetos que se administran la cocaína mediante inyección. Este es el caso de Janeth:

"...se me antoja, se me antoja, se me antoja... un nerviosismo, una alteración, una ansiedad, un sudor de manos... era lo único que yo ansiaba ya para vivir... ya tenemos el papel, la cocaína, pues 'ora vete a la farmacia y llegábamos a comprar 4 o 5 jeringas, si se nos tapaba una...teníamos otra, y empezamos a substituir lo que eran las ampollitas de agua destilada... por garrafones ya por completo... y primero yo, y nos aventábamos unos "aferrones", ya estando allá, no, no, primero yo... ¡ojalá que me registre... cuando entró a la vena...yo veía la sangre y me ponía feliz... teníamos la idea de que tenía que registrar dos o tres veces para que todo entrara...que nada se quedara en la jeringa, volvía a llenar y otra vez va para adentro... le soltaba la jeringa y empezaba a sentir como si fuera una olla express... así, ssssh... y un sonidito bien agudo... cada vez más intenso en cuanto llegaba al corazón y al cerebro... como si algo te explotara... empiezas a sentir pero si la locura por dentro... todo el cuerpo, pero en su máximo... un lapso de unos 30 segundos que duraba en sí el efecto... sentía que estaba en un túnel, que viajaba, viajaba y viajaba... posteriormente empezaba la circulación, la oxigenación y quedabas todo trabadote... pero esta sensación ya se quitaba... y el que sigue, y el que sigue... unos 8 gr. de cocaína, comprábamos dos o tres papeles, y como a las 3 o 4 a.m., ahí nos tienes de rebote en Tepito... con la ansiedad de quiero más y quiero más... yo me quedaba ahí parada, con mis jeringas aquí adentro... y con mi agua... con una cuchara...y un miedo terrible, entre el miedo, la paranoia, la ansiedad... era sufrimiento pero terrible... ya me vio con ojos feos... ahorita me lleva y... "Toda la noche metiéndonos cocaína, y era porque ya el cuerpo ya no podía, por mucho que la ansiedad la tuviera, el cuerpo ya no sentía, las venas ya no saltaban, ya no entraba, o sea, la dosis, y ya... la cabeza la sentía como temblaba, como rezumbaba, pero ya muy por el contrario de sentir el efecto placentero por que ya era demasiado. Entonces el cuerpo se empieza a sentir totalmente anestesiado... tanta agua, y, puta, todo lo que no te metes, o sea, tu cuerpo ya no reacciona, o sea la ansiedad se seguía presentando... se me hacían

diez horas... ya ahorita, ya ahorita llegamos al hotel y otra vez volvemos a preparar, y otra vez me inyecto y ya me voy a tranquilizar...

...“Al principio teníamos la precaución de que pues un hotelito más seguro, pero ya después en la calle, inyectándonos a las 3 o 4 a.m., valiéndonos gorro de si nos fueran a agarrar, ya era más la necesidad de inyectarnos, muchas de las ocasiones se nos llegó a acabar el agua, pues me llegué a ir a una vecindad, y tuve que sacar agua de una maceta, o sea, de lo que cae abajo de la maceta... y con esa agua inyectarnos, agarrar agua de los excusados para diluir, yo nada más quería algo líquido, no me importaba si fueran orines con tal de seguirme inyectando... me lo metía, y aguanta, aguanta... y más habiendo cocaína, pues síguela hasta que se acaba y hasta morir...ya sin dinero, ya sin nada, pues haber a donde vamos mi'jo, pero yo quiero seguirme metiendo...desde que me inyectaba una vez, ya no podía pararme...”

Este relato ilustra perfectamente el tipo de personalidad de un sujeto adicto a la cocaína a un nivel muy alto, quien consume la droga para tratar de dominar y bajar su angustia y su falta de confianza en sí mismo, como lo indica AJURIAGUERRA (1979). Todos los sujetos reportan en las entrevistas un sentimiento de gran inseguridad y de abandono, especialmente por parte de la madre:

“...como yo fui la tercer hija ya esperaban un hombre, ellos querían a un varón... yo sentí como rechazo... mi mamá me decía que desde que yo había nacido a los 40 días ella se había ido a trabajar y que casi nadie estaba conmigo...siempre agarraba su ropa ¿no?, sus camisones, como que la extrañaba, como que era algo que yo quería tenerla cerca, pero realmente no tenía mucho contacto tanto físico, así de que fuéramos muy cariñosas ¿no?, o sea, si llegaba y me abrazaba, pero no era mucho, yo necesitaba más ¿no?...”

“...mi papá trabajaba pero como que era un alcoholicazo de primera marca. Mi mamá tuvo que entrar a trabajar, y pues según para darnos todo, la verdad es que nunca nos faltó nada, ¿no?. Hasta la fecha nuestros papás nos tienen bien y

todo, pero yo les tengo cierto coraje ¿no?, de habernos dejado solos... yo los odie...nos ponían una sirvienta... no sé ni cuantas desfilaron por mi casa...les pegaba, las pateaba, les mordía el ombligo y les decía que se largaran de mi casa, que eran unas intrusas... que no eran mi mamá... y nos tenían que empezar a dejar solas o encerradas con llave...yo me pongo mal cuando me encierran... no te vayas...y yo veía así, así como se iba alejando y me daba mucho coraje ver que ni siquiera volteaba..."

Este sentimiento de abandono y de inseguridad crea un sentimiento de mucho enojo y coraje hacia los progenitores; y como se mencionaba, casi todos los sujetos relatan situaciones similares; se muestran como sujetos muy rebeldes hacia la sociedad y utilizan su adicción como un reto:

"...Siempre estar deseando la muerte de mi papá; pues cómo no se muere, ojalá se muera, ojalá se mate... sí lo quiero porque es mi papá pero le tengo mucho coraje... yo trato a los hombres como me hubiera gustado que mi mamá tratara a mi papá...entonces no puedo tener una relación estable, no puedo..."

Estos sujetos buscan una identidad colectiva y buscan pertenecer a un grupo (EY, 1986), lo cual no los hace diferentes al resto de los sujetos con adicciones a otro tipo de drogas. Sin embargo, los sujetos entrevistados para esta investigación reportan en un porcentaje muy alto, la presencia de depresión, de sentimientos de autodevaluación y una gran sensibilidad al dolor emocional. Esto hace suponer que eligen una droga; como es la cocaína; para elevar su ánimo, para contrarrestar el dolor y el sufrimiento y para contrarrestar dicha depresión ya que se trata de un estimulante muy potente que produce euforia al consumirlo:

"Hace como nueve meses, me corté la primera vez, intenté cortarme las venas...en este tiempo, no estuve viviendo en la casa... me sentía así muy sola, intenté quitarme la vida... dentro de mí existe una soledad muy grande..."

Todos los sujetos reportaron diversos problemas familiares y todos ellos provienen de familias desintegradas y disfuncionales, lo cual constituye uno de los factores principales y determinantes para fomentar o predisponer a una adicción. También reportan en un porcentaje alto, padres con adicciones, principalmente al alcohol, pero también a marihuana y cocaína, y este factor es determinante para desarrollar en los sujetos adicción:

"...mi papá... él murió ahogado en una playa... yo fui creando una imagen, pues si él se drogaba no ha de ser tan malo ¿no?, si mi papá lo hacía".

El hecho de sentir el abandono de sus padres y la influencia de una familia disfuncional y desintegrada, provoca en estos sujetos un estilo de vida también disfuncional, despreocupado y no estructurado. Estos sujetos crean un mundo con sus propias reglas, presentan inestabilidad emocional, así como en el trabajo y en los estudios. Buscan pertenecer a un grupo, y el hecho de pertenecer a uno que esté integrado por consumidores de cocaína, les proporciona un estatus, ya que ellos tienen una necesidad de aprobación debida a su falta de confianza en sí mismos como consecuencia de esa familia desintegrada.

Otro factor muy importante es el intento de pertenecer a un grupo de clase alta en donde se consume cocaína, con el objeto de buscar no solo una identidad, sino también una posición social, lo que también nos habla de inseguridad en sí mismos y de sentimientos de autodevaluación:

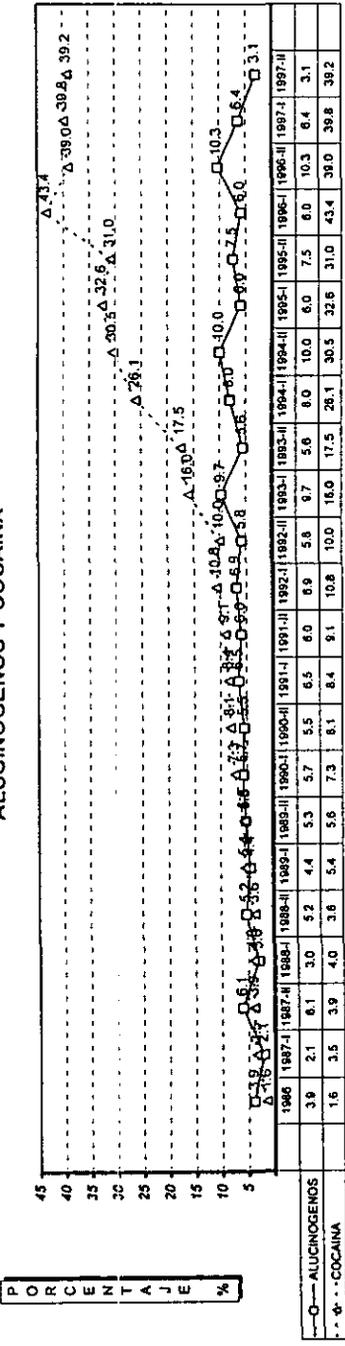
"...en las fiestas... así es como la obtienes... por lo general te ofrecen ¿no?, se llama pasar la charola... depende también en donde estés, que tipo de personas son con las que estás, es clase media alta o clase rica, no sé, muchos millonarios... en algunos lados se usan cucharitas de plata o de oro... desconozco si es un kilo, o medio kilo, o no sé... se dan para mesas o para parejas..."

"...es la cuestión de la cultura, tu educación, son muy intelectuales, están metidos en cuestiones prehispánicas... cuestiones políticas, sobre los

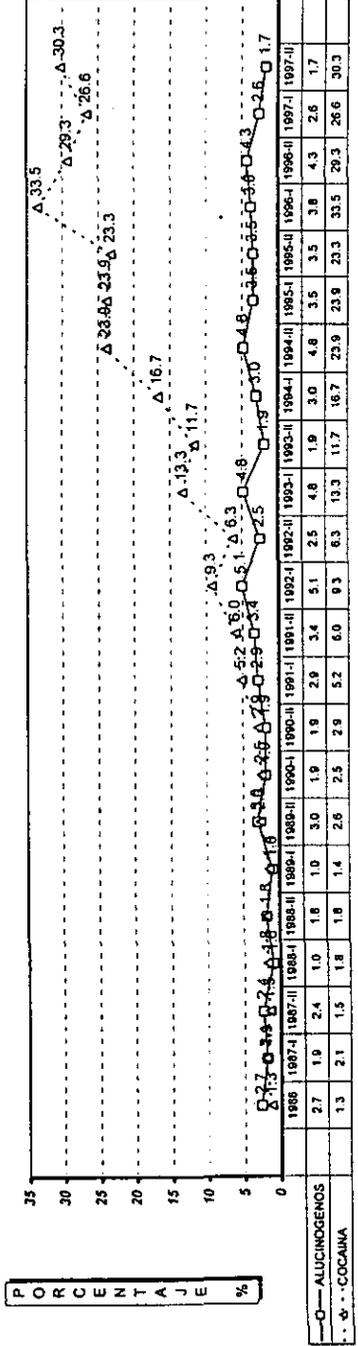
movimientos que hay en el mundo... esa gente tiene dinero, han viajado, tienen posibilidad de ir a muchas partes... nos llevan mucho de ventaja..."

Existe un factor muy importante y determinante para que los sujetos que presentan adicciones a diversas drogas consuman cocaína. Como se mencionó con anterioridad, el grupo de estudio consume diversas drogas, inician con diversas drogas y combinan la cocaína con otras drogas, o bien la alternan con diferentes drogas, y todos los sujetos reportan haber obtenido la cocaína por primera vez en forma de regalo. Este factor es el auge que tomó la venta y distribución de la cocaína en nuestro país desde hace poco más de 10 años, ya que la cocaína es una droga muy cara, que deja grandes cantidades a diferentes grupos de poder, y debido a su alto potencial adictivo y estimulante, es la droga ideal para mover grandes fortunas. Las siguientes gráficas obtenidas de la Serie Estadística sobre Farmacodependencia. Tendencias en el área Metropolitana nov.1997, ilustran de qué manera aumenta el consumo de cocaína desde 1986 a 1997, en relación con otras drogas. Los resultados son muy representativos ya que ninguna de las curvas se elevan en la forma en que se eleva la curva de la cocaína:

### TENDENCIA DE USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA ALUCINOGENOS Y COCAINA

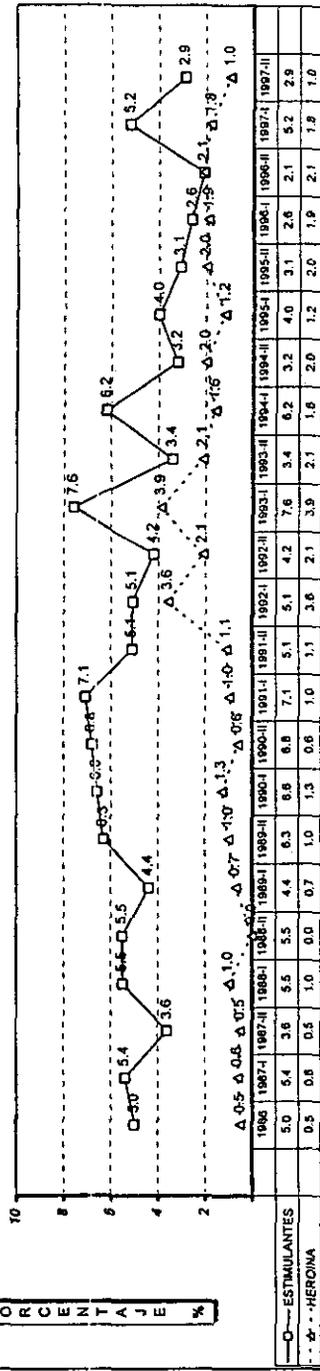


### TENDENCIA DE USO EN EL ULTIMO MES ALUCINOGENOS Y COCAINA

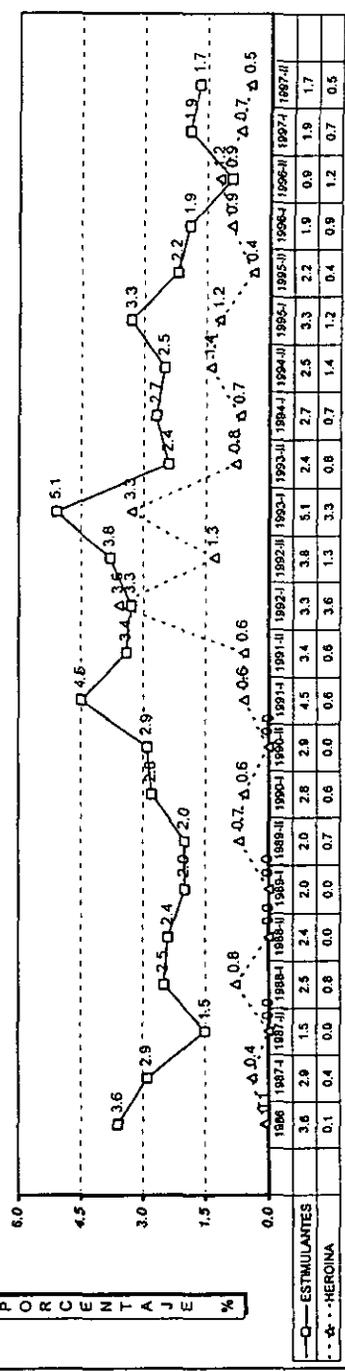


Fuente: Centro de Información en Farmacodependencia. DIES. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Noviembre 1997

### TENDENCIA DE USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA ESTIMULANTES Y HEROINA

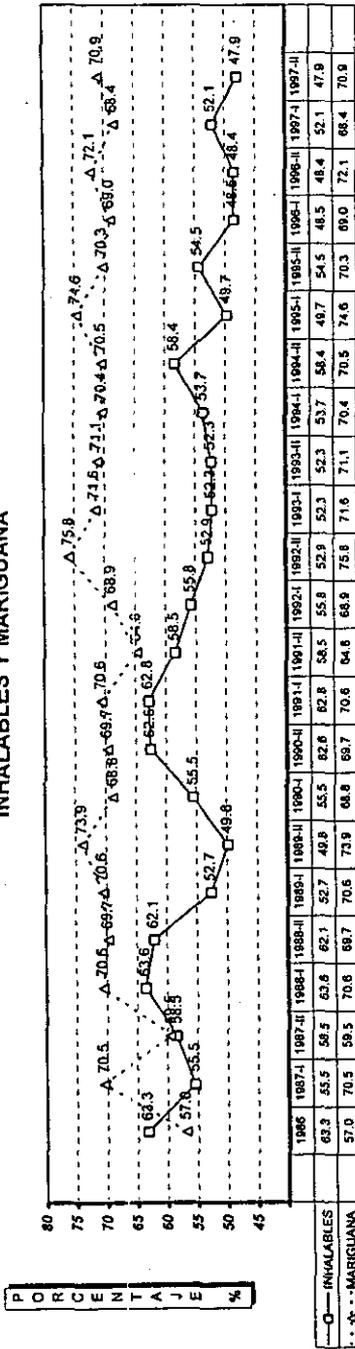


### TENDENCIA DE USO EN EL ULTIMO MES ESTIMULANTES Y HEROINA

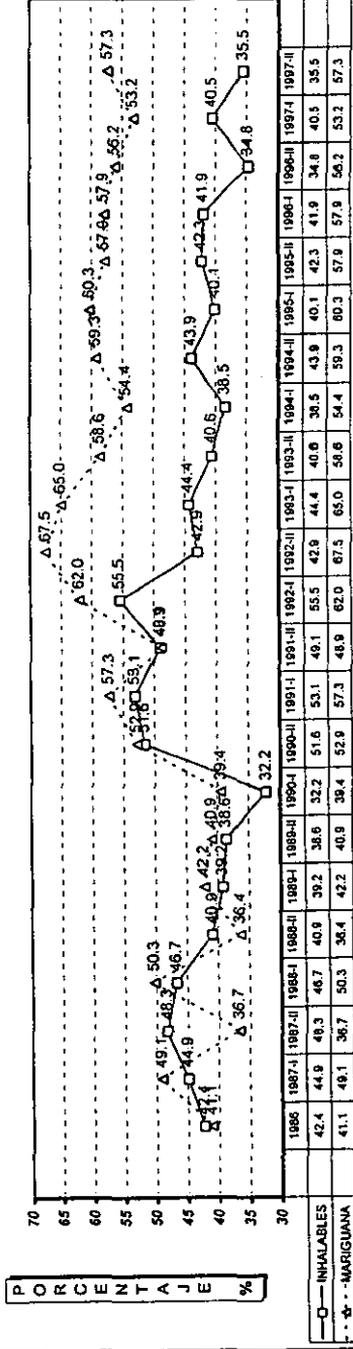


Fuente: Centro de Información en Farmacodependencia, DIES, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Noviembre 1997

### TENDENCIA DE USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA INHALABLES Y MARIGUANA

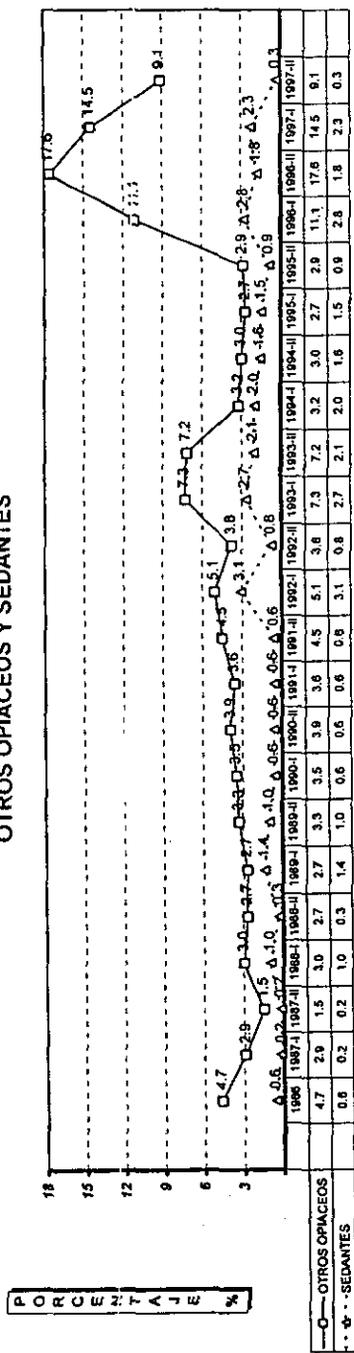


### TENDENCIA DE USO EN EL ULTIMO MES INHALABLES Y MARIGUANA

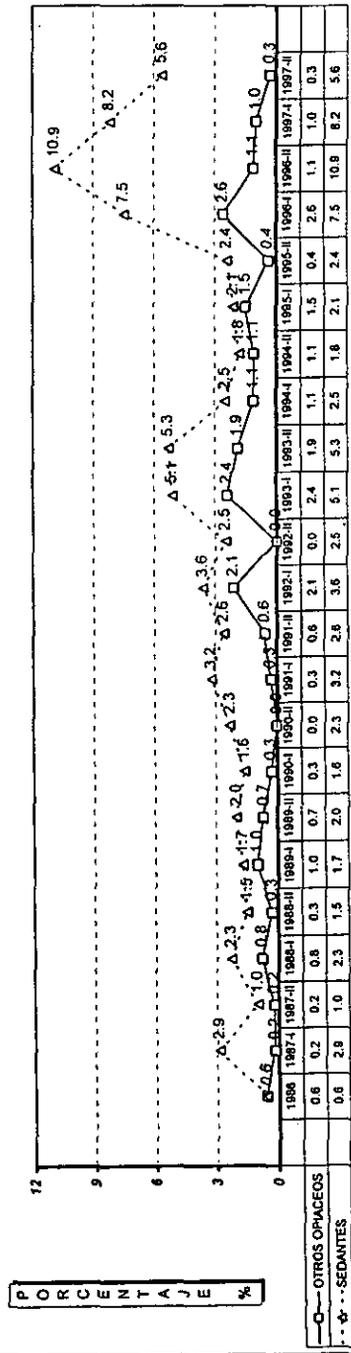


Fuente: Centro de Información en Farmacodependencia. DIES. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Noviembre 1997

### TENDENCIA DE USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA OTROS OPIACEOS Y SEDANTES

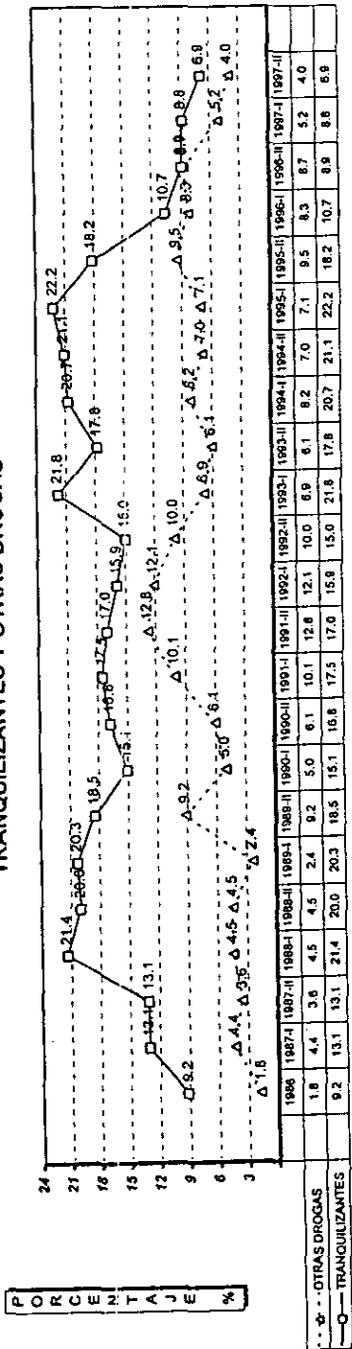


### TENDENCIA DE USO EN EL ULTIMO MES OTROS OPIACEOS Y SEDANTES

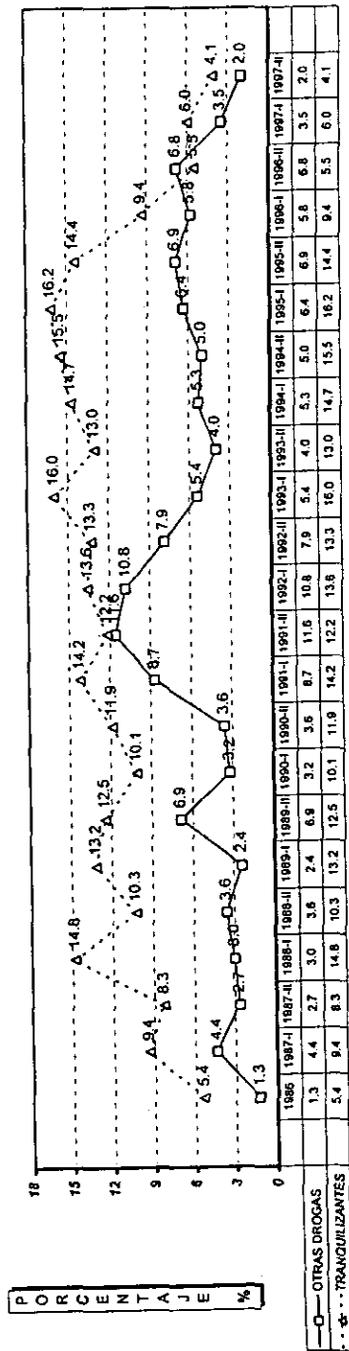


Fuente: Centro de Información en Farmacodependencia. DIES. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Noviembre 1997

### TENDENCIA DE USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA TRANQUILIZANTES Y OTRAS DROGAS

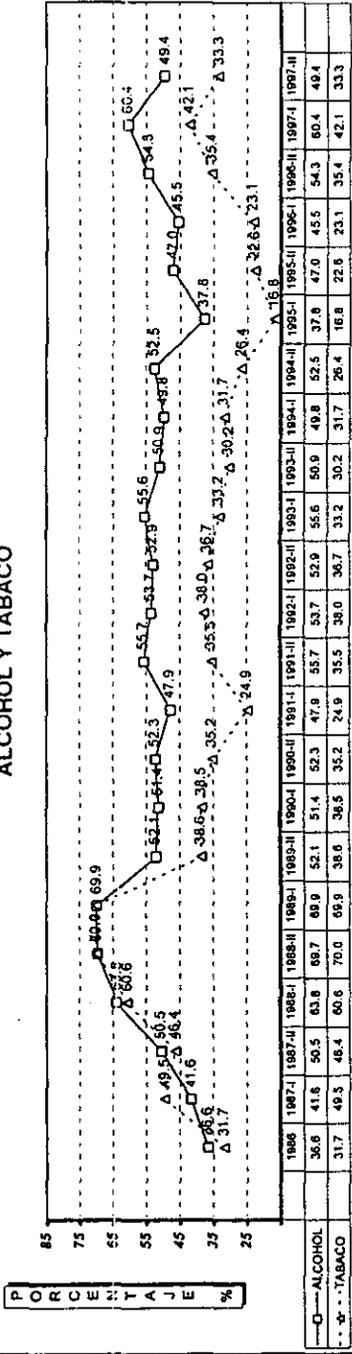


### TENDENCIA DE USO EN EL ULTIMO MES TRANQUILIZANTES Y OTRAS DROGAS

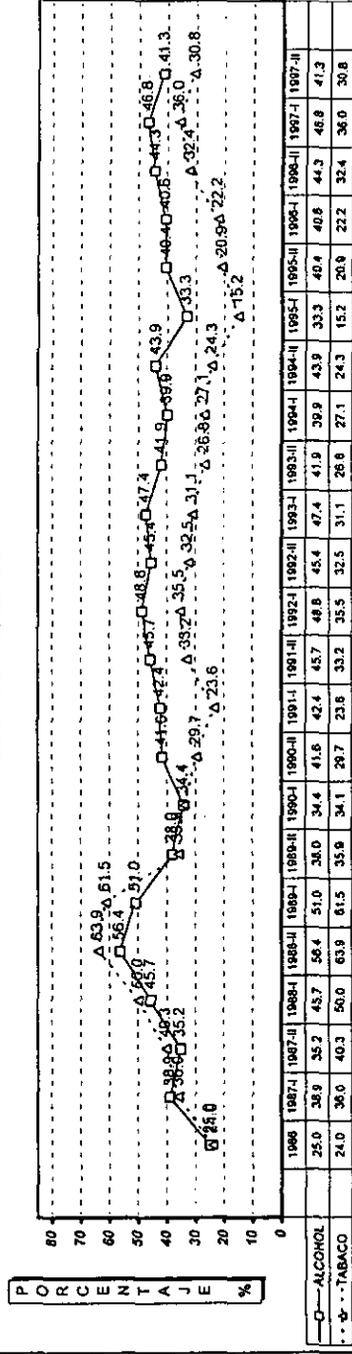


Fuente: Centro de Información en Farmacodependencia. DIES. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Noviembre 1997

### TENDENCIA DE USO ALGUNA VEZ EN LA VIDA ALCOHOL Y TABACO



### TENDENCIA DE USO EN EL ÚLTIMO MES ALCOHOL Y TABACO



Fuente: Centro de Información en Farmacodependencia. DIES. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Noviembre 1997

El hecho de que varios de los sujetos hayan obtenido la cocaína por primera vez y al inicio de su consumo de manos de la policía judicial (incluso dos de ellos padres de los sujetos), es un punto muy importante y al mismo tiempo muy grave, ya que ésto habla de ese auge del negocio que representa la venta de cocaína para muchos. Mientras el sistema siga permitiendo la distribución y la venta de cocaína, especialmente de manos de quienes representan la autoridad de este país, como es la policía o instituciones tales como los reclusorios, el consumo de cocaína se mantendrá o se seguirá elevando aún más:

“...Era cuando yo iba al reclusorio, y sabía que ahí lo tenía seguro, entrabas directamente a la celda de este narcotraficante... tenía un botecito... una especie de cucharita... y pues va pa’ dentro...muchas veces me llegué a conformar con el consumo que hacía internamente, no sacaba nada... sabía que ahí tenía un conecte pero super seguro, super, super seguro... empiezo a ir con esta persona, y muchas de las ocasiones me empecé a sacar ya para consumo personal... me presentaron con..., ya todo el mundo me conocía, había ocasiones en las que entraba al reclusorio a pesar de que no fueran días de visita...ya nada más llamaba al narcotraficante... yo te apuesto que hasta se mochan con los directores...ellos están así como en casa allá adentro, mueven a toda la banda, o sea que están pero super bien... el sobrino de ... estaba de interno ... pero tenía la oportunidad de salir cuantas veces quisiera...me empiezo a relacionar con puro narcotraficante ahí adentro, y con trabajadores de narcotraficantes ¿no?... esta persona ya tenía intereses personales hacia conmigo... pero en lugar de irme a su celda me voy a la del otro y yo se que consigo cocaína...”

Los efectos reportados por los sujetos debido al consumo de cocaína son muy diversos. Prácticamente todos encuentran a la cocaína como una substancia proveedora de bienestar en el principio del consumo, pero muy negativa más tarde. Se reportan síndrome de abstinencia, agresividad y problemas sociales en un porcentaje muy elevado, así como ansiedad y depresión; especialmente cuando los efectos de la cocaína terminan o durante los períodos de abstinencia,

los cuales son descritos como muy perturbadores. Como consecuencia, varios de los sujetos combinan la cocaína con alcohol o con alguna otra droga con el fin de equilibrar los efectos estimulantes y aminorar el momento de "aterrizar". O bien, utilizan principalmente tranquilizantes como es el *Rohypnol* para bajar la ansiedad causada por la cocaína.

"...me entraba angustia, depresión, estados bien locos... sentí un cambio más fuerte que con el *crak*, o sea, te dan más ganas pero así, en toda la extensión de la palabra, se empieza a sentir más desesperación, o sea algo horrible que la verdad... o sea, a mi si me gustó la verdad el efecto que sentí todo, de principio, pero ya después con los bajones, era algo muy feo... como una desesperación, así de enfermedad y no sé, como ganas de inyectarte toda la cocaína que exista..." "...yo me prostituía con ellos...me daban dinero y aparte me regalaban mucha cocaína, la verdad, yo sola me llegaba a meter una onza... entre 26 y 28 gr. en un día y medio."

"...me dormía 4 o 5 horas, me levantaba otra vez con la cocaína por que me levantaba con el efecto de la pastilla... empecé a meterle al "*crak*" pues me tenía que fumar la mariguana con cocaína y todo esto lo combinaba con whisky o con anís... el whisky como que te mantiene en un nivel estable con la cocaína, o sea, la cocaína está arriba y el whisky está abajo..."

"...a mí ya me entraban unas depresiones al grado de querer quitarme la vida, de querer hacerle algo a la gente que estuviera a mi lado... me llegué a tener miedo de perjudicar a mi familia... cuando llegué a lastimar a gente era cuando estaba bajo los efectos de la cocaína... me daba como mucha fuerza, mucha seguridad..."

El costo de la cocaína es elevado, por lo que los adictos a esta sustancia hacen cualquier cosa para obtenerla, desde robos a los padres, hasta actos ilícitos como son asaltos, agresiones, prostitución, etc. Muchos sujetos presentan por este motivo problemas con la autoridad y problemas legales que van desde

una detención, hasta una consignación por venta de sustancias prohibidas, actos delictivos, lesiones, posesión de droga, etc.

"...Muchas de las ocasiones le llegué a robar anillos a mi papá... me lo valuaron en \$5000, era con brillantes... bueno, te damos \$3000, pero te damos \$1000 en efectivo y \$2000 en cocaína... los de Tepito hacían compra y venta de oro, pero por lo que ellos tenían que era cocaína..."

"...me empecé a juntar con ese tipo de gente, y luego hasta me regalaban, luego la compraba... ya cuando empiezo a entrar en eso... me empecé a prostituir por lo mismo... me empieza a jalar más la cocaína y me empiezo a hacer una adicta yo creo en potencia, porque diario, era diario que me tenía que estar drogando."

### ***C) CONCLUSIONES.***

El consumo de cocaína está ligado a diversos factores predisponentes como son los sociales, familiares y personales. Una familia desintegrada y el sentimiento de abandono provocan en el niño una serie de carencias y de falta de madurez que se traducen en una personalidad dependiente, con baja capacidad de demora, una búsqueda de gratificación y de placer, inseguridad y falta de confianza en sí mismo y depresión. Si a esto se agrega una sociedad en la que está en auge el consumo de sustancias psicoactivas, principalmente la cocaína como es el caso de México, y si además el sistema del país permite la distribución de esta droga por intereses económicos; la predisposición a consumir cocaína será mayor. No importa el nivel socioeconómico, el sexo o el nivel cultural. La cocaína es una droga muy adictiva y que permite a quien la consume sentir que está situado en una situación privilegiada, no solo por los efectos que produce, sino que también por el estatus social que representa erróneamente.

*El incremento de clínicas de tratamiento a adicciones con personal calificado es otro aspecto importante. La población de sujetos de nivel socioeconómico bajo con adicciones es muy alta, especialmente la que consume cocaína, y sin embargo, la falta de recursos económicos no les permite el acceso a tratamientos adecuados.*

La manera de prevenir la expansión de consumo de cocaína en nuestro país es controlando su venta y distribución, sin embargo, para esto sería necesario un control por parte de las autoridades y la creación de una consciencia por parte del gobierno y hacia la población. Así mismo, la difusión a nivel de la población entera de los riesgos que implica el consumo de esta sustancia, de las consecuencias que trae consigo un mal funcionamiento familiar, el abandono de los hijos, las adicciones de los padres, etc; sería de gran valor. Desgraciadamente, el nivel socioeconómico y cultural en nuestro país es en términos generales bajo. Tendría que empezarse por impartir educación, oportunidades de trabajo para todos, etc, etc, etc, para así disminuir los problemas sociales, y tal vez así disminuir los índices del niño maltratado, del niño abandonado, de la mujer nulificada, del abuso sexual a menores, etc, y quizá las familias funcionarían de otra forma, se haría más consciencia, y se educaría mejor a los hijos.

#### **D) LIMITACIONES Y SUGERENCIAS:**

En lo que se refiere a los alcances de la presente investigación, se puede decir que se identificaron diversos factores que influyen o se asocian al consumo de la cocaína en nuestro país. Estos resultados se muestran gráficamente dando una idea de que factores son los principales predisponentes al consumo de drogas, y de cocaína específicamente. Sin embargo, por el tipo de investigación y el número de sujetos de la muestra, no se obtuvieron datos comparativos, por ejemplo, entre ambos sexos.

Queda abierta una puerta para futuras investigaciones a niveles más profundos, con muestras más numerosas para comparar patrones de consumo entre hombres y mujeres, para comprobar o rechazar hipótesis; y un estudio más profundo de cada una de las entrevistas, ya que son muy extensas y de contenido muy significativo. Así mismo, una investigación que proporcione datos comparativos entre un grupo de sujetos usuarios de cocaína, un grupo de *usuarios de otras drogas* y uno de *no usuarios*, *aportaría datos de gran valor para una mejor identificación de los factores predisponentes al consumo de la cocaína específicamente.*

## BIBLIOGRAFIA.

- AJURIAGUERRA, J. DE. (1979), "Manual de Psiquiatría Infantil". Ed. Toray Masson. 4ª de España.
- ARF, ADDICTION RESEARCH FOUNDATION. (1995), "Facts About ... Cocaine". Canadá. Internet.
- BERRUECOS VILLALOBOS L ; CASTRO SAVIÑANA M E ; DÍAZ LEAL ALDANA L ; MEDINA MORA, M E ; REYES DEL OLMO P. (1994). "Curso Básico Sobre Adicciones". Centro contra las adicciones ( CENCA ). Fundación "ama la vida" I.A.P. Diplomado sobre adicciones. México.
- BIELEMAN, E ; DÍAZ, A ; MERLO, G ; KAPLAN, CH. D. (1993). "Lines Across Europe. Nature and extent of cocaine use in Barcelona, Rotterdam and Turin". Swets and Zeitlinger. Amsterdam.
- BLOS, P. (1980). "Psicoanálisis de la Adolescencia". De. Joaquín Mortiz. México. 3ª edición.
- BONILLA MUÑOZ, M. P.; RODRÍGUEZ MARTÍNEZ, M.; ESQUEDA DE ANDA, P. (1987). "Manual para la Elaboración de Tesis" Universidad Intercontinental. Facultad de Psicología. México.
- COHEN, P. (1989). "Cocaine use in Amsterdam. In non-deviant subcultures". CEDRO. Centrum voor Drugsonderzoek Universiteit van Amsterdam. (Internet).
- COHEN, P. (1990). "Cocaina and Cannabis. An Identical Policy for different drugs ?". CEDRO. Centrum voor Drugsonderzoek. Universiteit Van Amsterdam. Amsterdam. (internet).

- COX, T. C.; JACOBS, M. R.; LEBLANC, A. E.; MARSHMAN, J. A. (1983). "Drugs and Drug Abuse. A Reference Text". Addiction Research Foundation. Toronto, Canada.
- DÍAZ, A.; BARRUTI, M.; DONCEL, C. (1992). "The Lines of Success? A Study on the Nature and Extent of Cocaine Use in Barcelona". Laboratori de Sociologia. ICESB. Barcelona.
- DRUG AND POISON INFORMATION CENTER. (1995). Crack. "Freebased Cocaine". Information Center. Cincinnati. (internet).
- "Encuesta Nacional de Adicciones. Drogas Ilegales". (1993) México, SECRETARÍA DE SALUD.
- ERIKSON, E. H. (1980). "Infancia y Sociedad". De. Paidós. 8ª edición. Buenos Aires, Argentina.
- "Éxtasis líquido. Del quirófano a la pista de baile" (1997). Salud y medicina. (Internet): <http://www.elmundoessalud/snumeros97/S261extasis2.html>
- "Éxtasis o Metilendioximetanfetamina." (1997) (Internet): <http://www.bemarnet.es/bagdad/drogas/el.htm>
- "Éxtasis y drogas de diseño", (1997) Arrakis. Instituto para el estudio de las adicciones. (Internet): [es/ieal/drogas/xtc.htm](http://es/ieal/drogas/xtc.htm).
- FENICHEL, O. (1984). "Teoría Psicoanalítica de las Neurosis". Ediciones Paidós. Barcelona, España..
- FINERMAN, R. PH. D.; FLAHERTY, B. (1995). "Who Uncri Cocaine Project. Initiative on Cocaine Key Informant Study. Consolidated International Report". University of Memphis. USA.
- GALVÁN, J.; RODRÍGUEZ, E.; BRAVO, M. J. (1996). "Estudio de los Indicadores Psicosociales Asociados con el Consumo de Cocaína en la Ciudad de México a

- través de *Historias de Vida*: Manual para el Entrevistador. México, Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- GARCÍA LIÑAN, C. "¿Qué son las drogas? Alucinógenos." (1990). Árbol editorial, S.A. de C.V. México.
  - "Guía para el Diseño y Desarrollo de Programas Preventivos en Materia de Adicciones". (1994). Consejo Nacional Contra las Adicciones, Conadic. México. SECRETARÍA DE SALUD.
  - HENRY EY; BERNARD, P; BRISSET, CH (1986). "Tratado de Psiquiatría". Masson, S.A. 8ª edición. México,
  - HOPKINS, W. M.A. (1989). "Street Drug Alert: a street perspective on current drug trends" "What works..." conference october 23-25.
  - "Las Adicciones: Hacia un enfoque multidisciplinario". (1994). México. SECRETARÍA DE SALUD.
  - "Las drogas y sus usuarios" (1992). SECRETARÍA DE SALUD, CONAIC. México.
  - ORTÍZ A.; GALVÁN, J.; RODRÍGUEZ, E.; SORIANO, A.; UNIKEL, C. (1996). "Rohypnol. Use in Mexico City". Community Epidemiology Work Group International Report. National Institute on Drug Abuse.
  - ORTÍZ CASTRO, J.A. (1986). "Consumo de Drogas y Psicoterapia Psicoanalítica". Tesis para obtener el grado de Dr. en Psicoterapia Psicoanalítica. Universidad Intercontinental. México.
  - ORTÍZ, A Ph. D. (1994). "Key Informant Study (KIS), México City". World Health Organization. Program on Substance Abuse. México.
  - ORTÍZ, A ; RODRÍGUEZ, E M ; GONZÁLEZ, L ; UNIKEL, C ; GALVÁN REYES, J ; SORIANO, A ; MEDINA MORA, M E. Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. "Serie Estadística sobre Farmacodependencia". Resultados de la aplicación de la Cédula. Tendencias

en el Area Metropolitana No. 19. Instituto Mexicano de Psiquiatría. División de Investigaciones epidemiológicas y sociales. México. 1995.

- ORTÍZ, A; GALVÁN, J; RODRÍGUEZ, E; UNIKEL, C; GONZÁLEZ, L; DOMÍNGUEZ, M. (1995). "Percepción del Usuario Sobre el Consumo de Cocaína". Anales. Reseña de la X Reunión de Investigación y Enseñanza. Instituto Mexicano de Psiquiatría. México.
- ORTÍZ, A; RODRÍGUEZ, E; UNIKEL, C; GALVÁN, J; GONZÁLEZ, L; DOMÍNGUEZ, M; HERNÁNDEZ, G. (1994). "Tendencias Recientes del Consumo de Cocaína en la Ciudad de México. Algunos Aspectos cuantitativos y Cualitativos". Las Adicciones. Hacia un enfoque Multidisciplinario. Secretaría de Salud. México.
- ORTÍZ, A; RODRÍGUEZ, E; UNIKEL, C; GALVÁN, J; FLORES, J:C; SORIANO, M:A. (1986-1997). Grupo Interinstitucional para el Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. "Tendencias del Consumo en el Área Metropolitana (Instituto Mexicano de Psiquiatría. División de Investigaciones Epidemiológicas y Sociales. No. 23. Noviembre 1997.
- PEELE, S ; DEGRANDPRE, R J. (1994). "Cocaine and the Concept of Addiction : Environmental Factors in Drug Compulsions". Dept. Of Psychology, Saint Michael's College, Vermont.
- SCHAAS, L; SERNA, M.L; SÁNCHEZ, R; ZERMEÑO, G.(1976). "Características de Personalidad de un Grupo de Adolescentes Farmacodependientes Infractores". Cuadernos Científicos CEMEF. Vol. 7. México.

# **INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRIA**

Estudio de los indicadores psicosociales asociados  
con el consumo de cocaína en la Ciudad de México  
a través de historias de vida.

## **MANUAL PARA EL ENTREVISTADOR**

Elaborado por:

**Jorge Galván**  
**Eva Rodríguez**  
**María José Bravo**

-Febrero 1996-

## Indice

<b>Introducción.....</b>	<b>3</b>
<b>I Objetivos de la Investigación.....</b>	<b>4</b>
<b>II Instrucciones Generales.....</b>	<b>5</b>
<b>III Guía de Entrevista.....</b>	<b>13</b>
<b>IV Recomendaciones para el Entrevistador.....</b>	<b>19</b>
<b>V Directorio de Centros de Tratamiento.....</b>	
<b>VI Bibliografía.....</b>	<b>24</b>

## Introducción

El Instituto Mexicano de Psiquiatría está realizando un estudio acerca del uso de cocaína con la finalidad de identificar algunos de los factores psicosociales asociados al inicio, mantenimiento y abandono de esta droga.

Esta investigación se inscribe dentro de la Antropología Social y se enmarca dentro de un enfoque cualitativo ya que se parte de una posición teórica del conocimiento (fenomenología), misma que determina formas específicas en la recolección de datos, trabajo de campo, muestreo y análisis específicos para la interpretación de la información.

El propósito de este manual es por una parte, homogeneizar y normar el trabajo de los entrevistadores durante el desarrollo de la investigación, y por otra, servir como guía de consulta para todas aquellas instituciones o profesionistas que deseen trabajar con esta metodología.

En una primera parte se describen los Objetivos generales y específicos de la investigación para conocimiento del entrevistador.

En el apartado denominado “Instrucciones generales” se detallan de manera específica los lineamientos que deberá seguir el entrevistador en cada una de las fases que comprende el estudio: a) selección de la muestra, b) contacto con instituciones y usuarios, c) encuadre, d) autobiografía, e) conducción de las sesiones de entrevista y f) cierre.

Una tercera sección la conforma la “Guía de Entrevista” estructurada por tópicos generales. Cada uno de éstos, incluyen una serie de preguntas que tienen como finalidad profundizar sobre los diferentes aspectos a investigar.

En la Sección “Recomendaciones para el entrevistador” donde se tratan algunos aspectos sobre preparación, organización y clasificación del material; qué hacer en cada sesión de entrevista y como contactar otros usuarios.

Por último, se incluye un directorio de Centros de Tratamiento con la finalidad de que el entrevistador pueda sugerirle alguno al entrevistado en caso de que así lo requiera.

# I. OBJETIVOS

## General

➤ Identificar y describir los indicadores asociados al inicio, mantenimiento y cese en el consumo de cocaína en distintos grupos de consumidores de esta droga del Distrito Federal. Analizar los relatos de vida de estos usuarios con el propósito de contribuir a la identificación de indicadores de riesgo que podrían ser útiles para diseñar medidas preventivas.

## Específicos

- ✓ Describir, desde la percepción del usuario los indicadores psicosociales y culturales más relevantes vinculados con el inicio del consumo de cocaína.
- ✓ Describir las razones, desde la percepción del usuario, que mantienen al usuario en el consumo de cocaína.
- ✓ Describir las razones, desde la perspectiva del usuario, por las cuales abandona el consumo cocaína.
- ✓ Identificar los indicadores económicos, sociales, familiares y de salud que intervienen para explicar las variaciones en los patrones de uso de cocaína a lo largo de la historia de consumo de un individuo.
- ✓ Caracterización de las tipologías de usuarios de acuerdo a los motivos por los cuales usan la cocaína.
- ✓ Caracterizar en tipologías los estilos de vida de los consumidores de cocaína.
- ✓ Caracterización de los usuarios en tipologías de acuerdo a los criterios de dependencia.
- ✓ Describir los factores (edad, sexo, clase social, ocupación, etc.) que diferencian aspectos relevantes del consumo de cocaína entre los consumidores estudiados.

## II. Instrucciones Generales

Este tipo de estudios requiere del cumplimiento de ciertas normas en cada una de las fases que comprende el proceso de recopilación de datos, tales como la selección de los sujetos y la obtención y registro de la información que son los pasos previos y fundamentales para un adecuado análisis e interpretación de los resultados.

A continuación se detallan las indicaciones que deberán de seguirse en cada una de las fases de este estudio:

### 1 Selección de la muestra



Para la elección de los candidatos (usuarios) se tomarán en cuenta los siguientes requisitos:

#### **Criterios de inclusión**

##### **Informantes en tratamiento**

- a) Haber consumido cocaína en los 30 días anteriores a su ingreso a tratamiento.
- b) Llevar en tratamiento un máximo de 6 meses.

##### **Informantes fuera de tratamiento**

- a) Haber consumido cocaína en los 30 días anteriores a la entrevista.

#### **Criterios de exclusión**

Comunes para todos los informantes:

- a) Estar intoxicados en el momento de la entrevista.

b) Presentar trastornos psiquiátricos evidentes, como por ejemplo: Orientación espacio-temporal, lenguaje lento y sin claridad, etc.

### **Informantes en tratamiento**

- a) No haber consumido cocaína en los 30 días anteriores a su entrada a tratamiento.
- b) Llevar en tratamiento más de 6 meses.

### **Informantes fuera de tratamiento**

- a) No haber consumido cocaína durante los 30 días anteriores a la entrevista.

La muestra quedará conformada de la siguiente manera

**CUADRO 1**

Nivel socioeconómico	Ex - usuarios en Tratamiento		Usuarios actuales	
	hombres	Mujeres *	hombres	mujeres
<b>Alto</b>	4	1	4	1
<b>Medio</b>	4	1	4	1
<b>Bajo</b>	4	1	4	1
<b>Total</b>	12	3	12	3

\* Esta muestra está sujeta a ajustes posteriores que dependerá de la facilidad para identificar y entrevistar a mujeres usuarias de esta droga.

**Nota:** En lo que se refiere a la selección de los sujetos el entrevistador tendrá siempre presentes los objetivos de la investigación, no olvidando que existe cierta flexibilidad que los estudios cualitativos brindan en cuanto a la selección de la muestra, esto es que cabe la posibilidad de incluir el testimonio de un sujeto aún cuando éste no cumpla estrictamente con los criterios previamente establecidos, pero puede aportar datos que enriquezcan la investigación.

## 2 Contacto con instituciones y usuarios de drogas



Para el establecimiento de la cadena de referencia de usuarias se deberá tomar en cuenta lo siguiente:

### **Para el caso de usuarios en instituciones de tratamiento:**

- a) Identificar y elegir aquellas instituciones que den atención a usuarios de cocaína y otras drogas a través de un directorio.
- b) Entrevistarse con los directores de dichos centros explicándoles los objetivos de la investigación.
- c) Elegir a los candidatos para la entrevista, teniendo en cuenta las características de la muestra (véase cuadro 1).
- d) Establecer compromiso con el usuario (véase pág. 4, encuadre).

### **Para el caso de usuarios que no estén en tratamiento:**

- a) Realizar prácticas etnográficas a lugares y sitios en los que es probable encontrar usuarios de cocaína. Siempre y cuando la situación no suponga una incomodidad o molestia para el usuario y no se ponga en peligro la integridad del entrevistador, debe hacerse el contacto en el mismo lugar.
- b) Aprovechar las redes sociales de cada uno de los integrantes del equipo de investigación con el propósito de averiguar si tienen amigos o conocidos que actualmente estén consumiendo cocaína. Estos podrían ser utilizados por el equipo, aunque no se recomienda que los investigadores entrevisten a personas con los que los unen lazos de amistad ajenos al proyecto.
- c) A partir de los puntos a y b se establecerán nuevos contactos.

## 2 Encuadre



Una vez que se ha establecido el contacto con el usuario, el entrevistador deberá:

- a) Agradecerle que haya acudido a la cita.
- b) Identificarse como investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría.
- c) Confirmar que cumple con los requisitos para ser entrevistado.
- d) Explicarle los objetivos de la investigación.
- e) Pedirle el consentimiento para grabar su relato.
- f) Hacer énfasis en la confidencialidad de la información.
- g) Indicarle el número de sesiones de entrevista y la duración promedio de cada una de ellas (Aproximadamente de 3 a 4 sesiones con una duración de 1:30 hrs.).
- h) Acordar junto con él, tanto el lugar como los horarios en los que se llevará a cabo las sesiones de entrevista.
- i) Solicitarle la autobiografía para que nos la entregue en la próxima sesión.

**Nota:** El entrevistador tendrá que adecuarse a los horarios y lugares marcados por el entrevistado o en su defecto llegar a un acuerdo conveniente para ambas partes.

### 3 Autobiografía:



Se darán al entrevistado las siguientes indicaciones para la elaboración de la autobiografía:

- a) Que trate de escribir su autobiografía lo más extensa y detallada que le sea posible.
- b) Que no importa el tiempo que tarde en realizarla.
- c) Que trate, en la medida de lo posible, de no omitir información (censurar aspectos que él considere delicados o vergonzosos).
- d) Que no se preocupe si después de terminada la autobiografía se acuerda de otras cosas, que puede agregarlas al final.
- e) Que puede omitir nombres y/o lugares si así lo desea.
- f) Es importante recordarle que la información que nos proporcione sólo será usada para fines de investigación.

### 4 Conducción de la entrevista



- a) Tratar de iniciar la grabación de la historia de vida en un ambiente de confort (el entrevistado y el entrevistador deben sentirse cómodos en el lugar, que no haya ruidos o interrupciones que puedan alterar la dinámica de la entrevista, etc.).
- b) Establecer un buen rapport, es decir, lograr que el entrevistado se “abra” que se sienta en libertad y confianza de expresar y compartir sus emociones, sentimientos, expectativas, etc.

- c) Si se percibe tensión en el entrevistado, averiguar el por qué y tratar de disminuirla antes de iniciar la grabación (ejemplo: establecer una charla informal sobre cualquier tema).
- d) Respetar los silencios del entrevistado, ya que pueden ser momentos en los cuales trata de recordar, o es una rememoración difícil o bien está tratando de dar orden a sus ideas.
- e) Tratar de centrar de manera sutil al entrevistado al tema, cuando se desvíe demasiado (ejemplo: habrá que ser cuidadoso en este aspecto, ya que el tema "distractor" puede ser una anécdota o pasaje de su vida que sea muy significativo para él, o pueda ser quizá un mecanismo que utilice el entrevistado para distensionarse por lo que es recomendable que en ambos casos se le permita continuar con la narración.
- f) No expresar física ni verbalmente expresiones de asombro o molestia ante las revelaciones del entrevistado, ya que en muchas ocasiones son testimonios sobre hechos o comportamientos delicados que han mantenido ocultos y que les son difíciles de confesar.
- g) No se trata de una entrevista estructurada en la cual el entrevistador hace las preguntas y el informante las responde. Recordar que la guía es un auxiliar y sólo sirve para recordar qué preguntas deben hacerse sobre las diferentes áreas que se están explorando. El entrevistador deberá elegir el momento de cómo y cuándo habrá de formular las preguntas.
- h) No establecer una posición de supremacía frente al entrevistado (mayor estatus, más conocimiento, etc.). Es recomendable mantener frente al entrevistado una posición jerárquicamente igualitaria.
- i) Prestar atención y ser sensible ante el testimonio del entrevistado (evitar expresiones tales como bostezos apatía, molestia, etc.; ya que ante situaciones de cansancio o indisposición por parte del entrevistador, es mejor dar por terminada la sesión y reprogramarla.
- j) Facilitarle el libre discurso de la narración.
- k) Tratar de no marcar un ritmo en la entrevista que resulte molesto o ponga nervioso al entrevistado.
- l) Pedirle que durante la grabación, trate de hablar claro, pausado y mantener un tono de voz que pueda ser registrado por la grabadora.

## 5 Cierre



Las palabras dirigidas al entrevistado, una vez que concluya su participación en el estudio deberán incluir los siguientes aspectos:

- Agradecer al entrevistado su colaboración
- Hacerle saber que la información que ha proporcionado es muy valiosa.
- Que se valora el esfuerzo que ha realizado al narrar algunos aspectos de su vida sobre todo porque sabemos lo difícil que en ocasiones resulta recordar cosas que no son muy gratas, incluso dolorosas.
- Ofrecer orientación en caso de requerirlo a futuro, sin que esto signifique un compromiso personal sino más bien institucional.

**Nota:** El entrevistador podrá estructurar las palabras finales como juzgue conveniente, de la misma manera que tiene libertad de agregar algunas otras ideas siempre y cuando éstas no se desvíen o comprometan los objetivos de la investigación

## 6 Establecimientos de nuevos contactos

Una vez que se ha terminado la grabación de la narración de vida y aplicado los formatos “Evolución del consumo” y “Escala de severidad de la dependencia” (ver anexo 1) es muy importante recordar que a todos los entrevistados, sin excepción, se les pedirá su consentimiento y cooperación para el establecimiento de nuevos contactos que pueden ser sus amigos o conocidos del entrevistado, o bien referencias de instituciones o grupos que hayan formado parte de sus intentos de tratamiento y rehabilitación.

La manera en que deberán ser expresadas las palabras para lograr la cooperación del entrevistado serán conforme al siguiente texto:

“¿Podrías recomendarme con alguna persona que sea tu amigo o conocido y que al igual que tú haya usado o esté usando cocaína y quiera hablarnos de sus experiencias con esta droga?”...(Si el entrevistado contesta afirmativamente) “Si es así, de las personas que has pensado que pueden cooperar con nosotros podrías describirme en términos generales que características tienen”,

\* Preguntar: sexo, edad, grado máximo de estudios, ocupación, lugar donde vive, frecuencia de consumo, etc.

**Nota:** Es importante que por lo menos cada entrevistado nos dé información sobre tres personas con objeto de establecer la cadena, ya que no hay que olvidar que justamente va a ser la tercera persona de las que nos haya referenciado quién será entrevistada.

### III. Guía de Entrevista<sup>1</sup>

Se iniciará la entrevista solicitándole al informante "que nos relate todos los acontecimientos importantes en su vida que hayan tenido que ver con el inicio y/o el mantenimiento en el consumo de cocaína"<sup>2</sup>.

#### 1. Datos Sociodemográficos<sup>3</sup>

##### Averiguar:

- 1.1 qué edad tiene.
- 1.2 lugar dónde nació.
- 1.3 cuál es su grado máximo de estudios.
- 1.4 cuál es su ocupación actual.
- 1.5 cuál es su estado civil actual.
- 1.6 con quién vive actualmente.
- 1.7 cuál es el grado máximo de estudios de los padres.
- 1.8 cuál es la ocupación de los padres.
- 1.9 cuál es el estado civil actual de los padres.

#### 2. Historia de consumo, patrones de uso y aspectos relacionados.

##### 2.1 Identificación de los patrones de uso de cocaína y otras drogas.

##### Averiguar:

- 2.1.1 drogas (sustancia, frecuencia, vía, cantidad) que ha consumido hasta el día de hoy.
- 2.1.2 con qué droga(s) se inició.
- 2.1.3 qué drogas usó después (ubicar el orden).
- 2.1.4 qué drogas sigue usando actualmente y por qué.
- 2.1.5 si ha dejado de usar algunas y por qué.

<sup>1</sup> Se trata de un listado ordenado de todos los aspectos que deben cubrirse a lo largo de todas las sesiones con el informante. Los ejemplos que se incluyen son para aclaración del entrevistador, no se le deben leer al informante.

<sup>2</sup> La solicitud que se le haga al informante deberá estar formulada en los términos que se expresan entrecomillados. Deberá ser el informante quien escoja la secuencia de su vida por la que quiere comenzar el relato.

Seguidamente, será labor del entrevistador conseguir que el entrevistado vaya rellenando todos los huecos que se van produciendo en su historia de acuerdo a los distintos apartados que se encuentran en la guía de entrevista.

<sup>3</sup> Se dejará al entrevistado en completa libertad de proporcionar su nombre completo o solamente el nombre de pila, o bien un seudónimo. OJO

- 2.1.6 qué drogas no ha probado y por qué.
- 2.1.7 Específicamente para la cocaína, el momento de inicio en su historia toxicológica, su evolución y patrón actual (sustancia –clorhidrato de cocaína o crack-, frecuencia, vía y cantidad).

## **2.2 Identificar lapsos de abstinencia en el consumo de cocaína.**

### **Averiguar:**

- 2.2.1 si en algún momento de su vida deseó dejar el consumo de cocaína.
- 2.2.2 si en los momentos en que cree que debe dejarlo utiliza algún tipo de recurso (ej. No ver a sus amigos consumidores, tomar alguna otra sustancia, hacer alguna actividad especial -ir al cine, hacer ejercicio, etc.-, llamar a algún amigo/a en particular, etc.)
- 2.2.3 cuál fue el período más largo, y el cuál el más corto en que ha dejado de consumir cocaína y a qué se debieron.
- 2.2.4 si en estos períodos de abstinencia de cocaína la reemplazó por otra droga, por cuál y por qué; averiguarlo para cada uno de los períodos de abstinencia.
- 2.2.5 las razones por las que dejó de consumir cocaína y las razones por las que volvió a consumirla; averiguarlo para cada uno de los períodos de abstinencia.

## **2.3 Identificar las formas más comunes de uso de cocaína que conoce el informante.**

### **Averiguar:**

- 2.3.1 las formas que conoce de usar cocaína (sustancia –clorhidrato, crack,...-, vía -inyectada, inhalada, absorción por las mucosas, ingerida...-).
  - 2.3.2 si cree que todas las personas la consumen por las mismas razones; averiguar cuáles son.
  - 2.3.3 si cree que cada una de las formas (sustancia, vía) de consumirla se adapta mejor a unas u otras circunstancias (ej. en polvo para trabajar, en forma de crack para “ponerse bien coco”, inyectada para...).
- ## **2.4. Definición de los tipos usuarios (experimental, leve, moderado y fuerte) según la percepción del usuario.**

### **Averiguar:**

- 2.4.1 que describa las características de cada tipo de usuario (experimental, moderado y fuerte) según su percepción.

2.4.2 que indique qué cantidades o número de veces por día consumirían cocaína cada tipo de usuario.

## **2.5 Identificación de las variaciones de los patrones de consumo.**

### **Averiguar:**

- 2.5.1 cuál cree que es la tendencia de consumo (aumentar o disminuir la cantidad y/o frecuencia) habitual entre los usuarios de cocaína.
- 2.5.2 cuál ha sido su tendencia respecto del consumo de cocaína.
- 2.5.3 si cree que el organismo de la persona necesita consumir cocaína más por hábito que por necesidad.

## **3 Efectos**

### **3.1 Describir efectos del uso de cocaína.**

#### **Averiguar:**

- 3.1.1 qué espera sentir después de usar cocaína; qué cambios físicos o mentales cree que va a experimentar (ej. fuerza física, taquicardia, sudoración, relajación, excitación sexual, ganas de trabajar, ganas de hablar con los amigos).
- 3.1.2 si normalmente se producen estos cambios; cuáles son los que siempre se producen y cuáles los que aparecen sólo en ocasiones.
- 3.1.3 si cree que todo el mundo tiene las mismas expectativas respecto del consumo de cocaína.
- 3.1.4 si cree que a todos los usuarios les produce los mismos efectos.
- 3.1.5 qué tipo de sensaciones y sentimientos positivos o negativos podrían presentarse.

## **4 Aspectos Psicosociales**

### **4.1 Identificar situaciones significativas durante la niñez, adolescencia, juventud o madurez.**

#### **Averiguar:**

- 4.1.1 qué hacía cuando tenía algún problema (confrontación).
- 4.1.2 si recuerda alguna situación difícil en la que haya recurrido a las drogas para evadirla.

- 4.1.3 si la forma de enfrentar sus problemas ha sido siempre igual o se ha modificado a partir del consumo de drogas.
- 4.1.4 si recuerda a su padre o madre tomando drogas o algún tipo de medicamento para enfrentar algún problema.
- 4.1.5 que defina qué considera como una situación estresante o angustiante para él.
- 4.1.6 que describa cuáles son para él las situaciones que más lo angustian (violencia intrafamiliar, problemas en la escuela, en lo laboral, en su vida sexual, con la pareja, con los amigos, etc.).
- 4.1.7 qué hace frente a estas situaciones.
- 4.1.8 qué reacciones físicas tiene cuando está bajo estas situaciones (sudoración, insomnio, falta de apetito, etc.).

## **4.2 Identificar la percepción que tiene el entrevistado de sí mismo.**

### **Averiguar:**

- 4.2.1 qué imagen tiene de sí mismo.
- 4.2.2 qué imagen cree que los demás tienen de él.
- 4.2.3 si cree que el ser usuario de cocaína le ha ocasionado problemas con la comunidad.
- 4.2.4 si cree que el ser usuario de otras drogas le ha ocasionado problemas con la comunidad.
- 4.2.5 cuál es su percepción de la gente que usa cocaína.
- 4.2.6 cuál es su percepción de la gente que usa otras drogas.

## **4.3 Identificar los aspectos sociales y de relación asociados al uso de cocaína y otras drogas.**

### **Averiguar:**

- 4.3.1 qué aspectos sociales (de relación con otras personas, circunstancias sociales,...) cree que están asociados al inicio en el consumo de cocaína.
- 4.3.2 qué aspectos sociales (de relación con otras personas, circunstancias sociales,...) cree que están asociados al mantenimiento en el consumo de cocaína.
- 4.3.3 quiénes y qué tipo de personas (hermanos, tíos, amigos, compañeros de trabajo o escuela, etc.).
- 4.3.4 qué circunstancias y de qué tipo (familiares, de trabajo, etc.).
- 4.3.5 si sus amistades también consumen cocaína.
- 4.3.6 si sus amistades han cambiado o siguen siendo las mismas antes y después de comenzar a usar cocaína.

#### **4.4 Identificar aspectos de relación familiar y de pareja**

- 4.4.1 si su familia sabe que consume cocaína.
- 4.4.2 qué cree que opina o qué opinaría su familia al saber que él consume cocaína.
- 4.4.3 si sus relaciones familiares se han visto modificadas por el consumo de cocaína y otras drogas.
- 4.4.4 cuántas parejas estables ha tenido en toda su vida.
- 4.4.5 cuál ha sido su historia afectiva, utilizando el consumo de cocaína como eje conductor de a misma (ej. parejas consumidoras de cocaína u otras drogas, rupturas afectivas en las que ha tenido que ver el consumo de cocaína u otras drogas...).
- 4.4.6 si ha utilizado cocaína durante sus relaciones sexuales y con qué objetivo.

### **5 Daños asociados al consumo.**

#### **5.1 Identificación de los principales daños y perjuicios del consumo de cocaína percibidos y/o sentidos por el informante.**

##### **Averiguar:**

- 5.1.1 qué problemas y de qué tipo cree que pueda acarrear el uso de cocaína y otras drogas.
- 5.1.2 qué tipo de daños psicológicos, físicos y sociales ha experimentado el informante.
- 5.1.3 si los problemas que ha tenido siguen siendo los mismos o han cambiado (aumentaron o disminuyeron) desde que se inició en el consumo de cocaína.
- 5.1.4 de todos los problemas que ha experimentado relacionados con el uso de cocaína, a cuál le da más importancia.
- 5.1.5 si cree que el uso de cocaína tenga efectos positivos.
- 5.1.6 cuáles son estos efectos
- 5.1.7 qué forma (ej. tipo de sustancia -clorhidrato, crack...-, vía de consumo - inhalada por la nariz, fumada, inyectada...- y frecuencia de uso) le parece más problemática.
- 5.1.8 qué forma (ej. tipo de sustancia -clorhidrato, crack...-, vía de consumo - inhalada por la nariz, fumada, inyectada...- y frecuencia de uso) le parece menos problemática.
- 5.1.9 qué tan problemático piensa que es para alguien pasar mucho tiempo consumiendo cocaína.
- 5.1.10 qué problemas cree que le ha ocasionado a sus amigos consumidores el uso de cocaína.

## **6 Tratamiento**

### **6.1 Identificar actitudes de los entrevistados con respecto al tratamiento <sup>4</sup>**

#### **Averiguar:**

- 6.1.1 si alguna vez ha estado en tratamiento: qué tipo de tratamiento recibió, en qué institución y qué piensa de ello ( si le ayudó o no y por qué).  
Si no ha estado nunca en tratamiento, preguntarle las razones.
- 6.1.2 qué fue lo que le motivó para solicitar tratamiento y a quién recurrió por primera vez.
- 6.1.3 cuánto tiempo pasó desde que pensó que necesitaba tratamiento hasta el momento en que lo solicitó.
- 6.1.4 cuánto tiempo lleva en tratamiento, qué es lo que ha hecho que permanezca en él y cómo ha cambiado su vida.
- 6.1.5 si a pesar de estar en tratamiento añora algo de su vida pasada.
- 6.1.6 qué tipo de instituciones conoce que ofrezcan tratamiento a los adictos.
- 6.1.7 cuál le parece que es la mejor opción y por qué.
- 6.1.8 qué espera de un tratamiento.
- 6.1.9 si cree que exista un tipo de tratamiento efectivo.
- 6.1.10 qué características tendría, según él, este tipo de tratamiento.
- 6.1.11 cuánto tiempo cree que deba durar un tratamiento.
- 6.1.12 quiénes cree que son las personas más adecuadas para dar tratamiento a los adictos.

## **7 Descripción de un día normal en la vida del informante.**

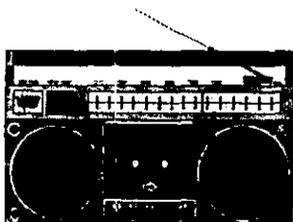
- 7.1 descripción de un día de diario en la vida actual del informante; tratar de que ubique en la secuencia del día los momentos de consumo.
- 7.2 descripción de un día de fin de semana en la vida actual del informante; tratar de que se ubique en la secuencia del día los momentos de consumo.

---

<sup>4</sup> Si el informante nunca ha estado en tratamiento, se averiguará sólo el contenido de los puntos OJO.  
Si el informante no se encuentra actualmente en tratamiento, pero ha recibido asistencia para su adicción alguna vez en su vida, se averiguarán todos los puntos refiriéndolos a la última ocasión.

## Recomendaciones para el entrevistador

### 1. Cómo preparar el material.



*Antes de iniciar las sesiones de grabación:*

- 1.1) repaso general de la guía de entrevista.
- 1.2) revisar las condiciones de la grabadora, baterías y cassetes.
- 1.3) realizar una prueba antes de iniciada la grabación, tanto para corroborar el buen funcionamiento de la grabadora como para verificar el tono de voz más adecuado.
- 1.4) verificar ocasionalmente si se está registrando la entrevista.
- 1.5) elegir el lugar más adecuado para colocar la grabadora tratando de que pueda registrarse la voz tanto del entrevistado como del entrevistador.
- 1.6) no olvidar llevar siempre los formatos de "Evolución de Consumo" y "Escala de Severidad Dependencia" que se habrán de aplicar en la última sesión. Habitualmente deberán aplicarse en la última sesión, sin embargo ante un informante que no quiere acudir a una próxima cita deberá intentarse que los complete antes de que se pierda definitivamente el contacto.

## 2. Qué hacer en cada sesión de entrevista



*Primera entrevista: OJO, ubicar la autobiografía, la solicitud de los contactos...*

- 2.1 El entrevistador informará de manera clara y precisa los objetivos de la investigación al entrevistado.
- 2.2 Pedirle al entrevistado que escriba su autobiografía (véase autobiografía, pág. 5)
- 2.3 Solicitar su colaboración y consentimiento para grabar su testimonio.
- 2.4 Antes de iniciar la grabación pedirle que recuerde, de ser posible, en forma cronológica los acontecimientos más relevantes respecto a su experiencia con las drogas.
- 2.5 Las intervenciones del entrevistador deberán reducirse a un mínimo para no limitar la recreación de los acontecimientos del entrevistado, con el propósito de que tenga libertad en su discurso.
- 2.6 Al final de la sesión deberá anotar cuáles fueron los motivos de sus intervenciones así como el lenguaje no verbal del entrevistado.
- 2.7 Antes de iniciar la segunda entrevista, el investigador deberá escuchar la grabación o bien revisar la transcripción para identificar: incongruencias de la información, silencios significativos asociados a algún tema así como cuáles fueron los temas que nos se exploraron en esta primera entrevista.

*Segunda y subsecuentes entrevistas:*

- 2.8 Recoger la autobiografía

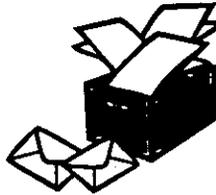
- 2.9 En la segunda entrevista así como en las posteriores el entrevistador deberá tener un papel más activo ya que deberá explorar los puntos más importantes que no se hayan tocado a fin de apegarse lo más estrictamente posible a la guía esto es que al finalizar la narración no se haya cubierto algunos de los temas.
- 2.10 Recordar que antes de iniciar las siguientes entrevistas, el investigador deberá escuchar la grabación o bien revisar la transcripción para identificar: incongruencias de la información, silencios significativos asociados a algún tema así como cuáles fueron los temas que no se exploraron en esta primera entrevista.

### *Entrevista final.*

- 2.11 Final de la grabación del testimonio.
- 2.12 Aplicación de formatos (véase anexo 1).
- 2.13 El cierre se hará de acuerdo al apartado 5, pág. 7 (cap. II).

## **3. Cómo clasificar el material**

*Después de terminar cada una de las sesiones:*



- 3.1 Anotar en el cassette los siguientes datos:
- nombre o seudónimo del entrevistado.
  - edad y sexo del entrevistado.
  - fecha de realización de la entrevista.
  - lugar en que se realizó la entrevista.

-duración de la entrevista.

-clave del proyecto.

-número de sesión.

### 3.2 Registrar en una hoja lo siguiente:



-registro de las condiciones generales de la entrevista. (breve descripción: del lugar escenario y posición de las personas, del entrevistado, vestimenta, accesorios, comportamiento en general, etc.).

-comentarios acerca del entrevistado (cómo lo percibió, lenguaje no verbal, etc.).

-comentarios sobre las sensaciones que experimentó el entrevistador (cómo se sintió con la entrevista, esto es un registro de los sentimientos interpretaciones, intuiciones y prejuicios.).

-fechar siempre las anotaciones en el diario de campo.

## 4. **Cómo establecer nuevos contactos\***



4.1) al momento de establecer contacto con nuevos usuarios, tener en cuenta las características de la muestra a fin de ir cumpliendo con los criterios de inclusión.

4.2) los nuevos usuarios deberán aportar datos relevantes o novedosos sobre las características de los grupos que son representativos.

4.3) ser cautelosos al momento de pedirle al usuario que nos conecte con amigos ya que puede ser una situación que resulte incómoda o le provoque desconfianza.

\* Remitirse a la página 8 apartado 6.

## Bibliografía

Funes, J. Romani, O. (1985) *Dejar la heroína*. Cruz Roja Española. Madrid, pp. 13-51.

Magrassi, G. Rocca, M. et al. (1980) *La historia de vida*. La Nueva Biblioteca. Buenos Aires, pp. 1-112.

Medina-Mora, ME y Cols (1980): *A methodology for Intensive Case-Finding and Monitoring of Drug Use in a Mexican Community*. Bulletin on Narcotics, XXXII (2).

Montero, M (s/f) *Memoria e ideología. Historia de vida: Memoria individual y colectiva* en: Acta Sociológica No. 1. enero-abril, pp.12-36.

Ortíz, A. Rodríguez, E. Galván, J. Unikel, C. Domínguez, M. González, L. (1994) *Key Informant Study (KIS)*, Mexico City, World Health Organization Program on Substance Abuse.

Saltalamacchia, H. *La historia de vida: reflexiones a partir de una experiencia de investigación*. Ed. CIJUP. Argentina, 1992.

Thompson, P. (1988) *La voz del pasado. Historia oral*. Edicions Alfons El Magnanim Institució Valenciana D'Estudis I Investigació. España, pp. 335.