

01921
121



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE PSICOLOGIA

**PERFIL DE LOS USUARIOS DE HEROÍNA QUE ACUDIERON A RECIBIR
TRATAMIENTO EN EL AÑO 2000 EN LA CIUDAD JUAREZ,
CHIHUAHUA.**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE :
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
BLANCA ESTELA JIMENEZ VARGAS

DIRECTORA: MTRA.
EN C. PATRICIA DEL CARMEN CRAVIOTO QUINTANA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

MEXICO, D.F.

2003





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

Para poder realizar este trabajo necesito la ayuda de muchas personas a las cuales, les quiero agradecer todo su apoyo.

A Dios por bendecirme para que todo saliera bien y hoy pueda lograr una de mis mayores metas a lado de tantas personas tan importantes en mi vida.

A mis padres por todos los esfuerzos y privaciones que pasaron para que yo pudiera realizar mis estudios.

Papá (lo prometido es deuda) gracias por todo lo que me diste y por tu gran amor que siempre me demostraste. Te también te quiero mucho y nunca te olvidare.

A ti mamichis gracias por todo lo que me has dado emperando por la vida. Lo que te pueda decir en estas líneas es poco comparado con todo lo que has hecho por mi y el gran amor y agradecimiento que siento yo por ti.

A mis jefes Mtra. en C. Patricia Cravioto y Lic. Fernando Galvan a los cuales he llegado a admirar, querer y respetar. Gracias por darme la gran oportunidad de colaborar con ustedes y compartir con migo su conocimiento y gran experiencia en el mundo de las drogas y gracias también por creer en mi, he impulsarme a crecer, por apoyarme tanto siempre en lo personal, académico y laboral.

A la Dra. Lupita Garcia de la Torre gracias por apoyarme y obsequiarme parte de su tiempo para mi trabajo, por compartir sus conocimientos con migo, por todas sus observaciones, comentarios y por las los cuales siempre me fueron muy útiles.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A ti Cera por darle una nueva y hermosa ilusión a mi vida, gracias por toda tu paciencia, apoyo y amor que siempre me has dado.

Gracias también a la Dra. Blanca de la Rosa, Biólogo Mario Cortes, Mtra. Silvia Artasánchez por sus comentarios y el apoyo que siempre me dieron durante la elaboración de mi trabajo.

A los sindicales y revisora por haberse interesado en mi trabajo y haberlo aceptado.

A Clarita por soportar toda la lata que siempre le doy.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los amigos forman una parte fundamental en la vida de uno, ya que un amigo siempre nos acompaña en las buenas y en las malas. Hoy quiero agradecerles todo el apoyo que siempre me han dado y su gran amistad a mis amigos y amigas a los cuales se que les da muchísimo gusto este logro y con los cuales quiero compartirlo y a pesar de que nuestras vidas han tomado distintos rumbos y no podemos frecuentarnos como antes o como quisiéramos, sabemos que nuestro gran cariño no cambia con la distancia ni con el tiempo.

A todos mis amigos y seres querido que de una u otra forma han caído en las garras de las drogas. Por el dolor y sufrimiento que no solamente les causa a ustedes, sino también a mi. Ya que por ustedes forme mi camino en esta carrera y especialmente me ha impulsado a involucrarme cada vez más en el estudio de las drogas, en donde he aprendido que todos sin importar quienes seamos o que hagamos en la vida todos corremos el riesgo de caer en cualquier momento en el gran abismo que representa el consumo de las drogas.

A todos los usuarios y ex usuarios que colaboraron para la realización de esta investigación. A todos ustedes por los cuales este proyecto se pudo realizar, ya que sin su colaboración nada de esto hubiese sido posible. Es realmente importante, que compartieran esa vida de sufrimiento y dolor que han llevado tal vez por tantos años, la cual a dejado todas las marcas que tienen en sus almas y cuerpos por tantas inyecciones, golpes, accidentes, riñas, sufrimientos, etc... Gracias realmente a todos y cada uno de ustedes, a los que aún están dentro de esta maldita esclavitud que provocan las drogas

También muchas gracias a ustedes, a los que gracias a "Dios" ya están limpios. En especial los quiero agradecer por todos sus consejos, detalles, atenciones y el permitirme conocer la parte oscura de su vida para realizar este trabajo. Realmente son un ejemplo a seguir dentro y fuera del mundo de la droga, ya que son una evidencia real y viviente de que si existe la rehabilitación para los consumidores de heroína, de que si se quiere se puede salir de esa vida miserable a la que lleva el consumo de heroína. (Alma, Raúl, Nacho y José Luis).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE DE CONTENIDOS

RESUMEN	1
I. INTRODUCCIÓN	2
II LAS DROGAS	4
II.1 DROGA O FÁRMACO.....	4
II.2 USO, HABITO, ABUSO.....	5
II.3 FARMACODEPENDENCIA.....	6
II.4 DEPENDENCIA O ADICCIÓN	6
II.4.1 DEPENDENCIA FÍSICA	7
II.4.2 DEPENDENCIA PSICOLÓGICA.....	7
II.4.3 DEPENDENCIA SOCIAL	8
II.5 TOLERANCIA.....	8
II.6 SÍNDROME DE ABSTINENCIA	9
II.7 PATRÓN DE CONSUMO.....	10
II.8 VÍAS DE ADMINISTRACIÓN DE DROGAS.....	10
II.9 CONSECUENCIAS GENERALES DE LA DEPENDENCIA A DROGAS	12
III CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS	13
III.1 PRIMER CLASIFICACIÓN.....	13
III.2 CLASIFICACIÓN SEGÚN EL EFECTO SOBRE EL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL	14
III.3 DROGAS ILEGALES Y LEGALES	15
III.4 CLASIFICACIÓN EN RELACIÓN CON LA FARMACODEPENDENCIA.....	16
IV FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CONSUMO DE DROGAS	18
IV.1 HUÉSPED (FACTORES INDIVIDUALES)	18
IV.1.1 FACTORES BIOLÓGICOS	18
IV.1.2 FACTORES PSICOLÓGICOS	18
IV.2 MEDIO (FACTORES AMBIENTALES).....	19
IV.3 AGENTE (DROGA)	21
V LA HEROÍNA	21
V.1 TIPOS DE HEROÍNA	23
V.2 ACCIONES FARMACOLÓGICAS.....	24
VII.3 FARMACOCINÉTICA	25
V.4 VÍAS DE ADMINISTRACIÓN EN LA HEROÍNA	25
V.5 INTOXICACIÓN AGUDA	26

V.6 EFECTOS A CORTO Y LARGO PLAZO POR EL USO DE HEROÍNA.....	26
V.7 SÍNDROME DE ABSTINENCIA.....	28
V.8 COMPLICACIONES.....	29
V.8.1 MORTALIDAD.....	29
V.8.2 ALTERACIONES PULMONARES.....	30
V.8.3 TRASTORNOS HEPÁTICOS.....	30
V.8.4 COMPLICACIONES EN SISTEMA CARDIOVASCULAR.....	31
V.8.5 COMPLICACIONES EN SISTEMA DIGESTIVO.....	31
V.8.6 ALTERACIONES TISULARES.....	31
V.8.7 ALTERACIONES NEUROLÓGICAS.....	32
V.8.8 OTRAS COMPLICACIONES.....	32
V.8.9 CONSECUENCIAS EN NIÑOS DE MADRES HEROÍNOMANAS.....	32
VI ANTECEDENTES.....	33
VI.1 EL CONSUMO DE HEROÍNA EN EL MUNDO.....	33
VI.2 EL CONSUMO DE HEROÍNA EN MÉXICO.....	33
VII ANTECEDENTES DE REHABILITACIÓN DE ADICTOS A HEROÍNA.....	36
VII.1 INVESTIGACIONES PREVIAS REALIZADAS EN MÉXICO.....	36
VII.2 DIAGNÓSTICO DEL ABUSO DE OPIÁCEOS.....	37
VII.3 SINTOMATOLOGÍA.....	37
VII.4 PERSONALIDAD DEL ADICTO.....	38
VIII REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTOS.....	40
VIII.1 TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.....	40
VIII.2 LA PSICOTERAPIA.....	42
VIII.3 MARCO DE LA PSICOTERAPIA.....	42
VIII.4 MARCO TEÓRICO DE LOS MODELOS TERAPÉUTICOS.....	44
VIII.5 TRATAMIENTOS DE ATENCIÓN EN MÉXICO.....	44
VIII.6 MODALIDADES DE TRATAMIENTO EN CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA.....	45
VIII.6.1 METADONA.....	46
VIII.6.2 ACUPUNTURA.....	46
VIII.6.3 TRATAMIENTO DE AUTO AYUDA CRISTIANO BÍBLICO.....	47
IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	48
X. JUSTIFICACIÓN.....	49
XI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	50
XI.1 GENERAL:.....	50
XI.2 ESPECÍFICOS:.....	50

XII VARIABLES DE ESTUDIO.....	50
XIII. METODOLOGÍA.....	60
XIII.1 TIPO DE ESTUDIO.....	60
XIII.2 MUESTREO.....	60
XIII.3 SUJETOS.....	60
XIII.3.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	60
XIII.3.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	60
XIII.4 ESCENARIO.....	60
XIII.5 DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	61
XIII.5.1 CUESTIONARIO DE TAMIZAJE.....	62
XIII.5.2 CUESTIONARIO DE LA CARRERA DEL USUARIO.....	63
XIII.6 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.....	63
XIII.7 VALIDACIÓN DE LA BASE DE DATOS.....	67
XIII.8 PLAN DE ANÁLISIS.....	68
XIV RESULTADOS.....	69
XIV.1 DESCRIPCIÓN GENERAL DE LA POBLACIÓN ENTREVISTADA.....	69
XIV.2 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA DE LOS USUARIOS FUERTES DE HEROÍNA.....	71
XIV.3 PRIMER CONSUMO DE HEROÍNA.....	82
XIV.4 CONSUMO REGULAR O FUERTE DE HEROÍNA.....	86
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	92
LIMITES Y SUGERENCIAS.....	96
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98

RESUMEN

En este trabajo se buscó conocer el perfil de los usuarios fuertes de heroína que acudieron a recibir tratamiento en el año 2000 en ciudad Juárez Chihuahua. Para lo que se realizó la aplicación de 2 cuestionarios previamente validados, el primero permitió conocer los datos necesarios para incluir a los sujetos al estudio, como son datos personales y consumo general de drogas y el segundo la información de la historia de consumo de heroína, el auto reporte de salud, conductas de riesgo y lo relacionado con los contactos realizados por los usuarios con los centros de tratamiento, Barandillas y CERESO. Para esto se considero trabajar con un método epidemiológico, el cual es adecuado para estudiar el tipo de variables que se utilizaron para esta investigación.

Para obtener la muestra, se entrevistaron durante 110 días a 979 personas, de las 1245 que llegaron a solicitar tratamiento o que ya estaban internas, en 27 centros de tratamiento de Ciudad Juárez, que fueron los que aceptaron participar en el estudio. De los entrevistados 337 reportaron tener un consumo regular o fuerte de heroína.

Para el análisis de los datos se realizaron frecuencias, las cuales permitieron establecer la situación de los sujetos de acuerdo a las variables estudiadas. Con esto se encontró que la mayor parte de los sujetos que asisten a solicitar tratamiento son hombres, la edad en la que se encuentran la mayoría de los entrevistados es entre 20 y 29 años. Gran parte mantiene un policonsumo de drogas y adicción física con un grado severo. Se encontró que la principal forma de administración que utilizan, es la vía intravenosa, lo que genera problemas y conductas de riesgo graves para la salud. También se registro que para conseguir la heroína realizan conductas delictivas lo que les provoca problemas con la justicia.

Al no existir suficientes estudios en poblaciones específicas de México, se han tenido que adoptar técnicas y estrategias de rehabilitación de otras poblaciones o de otros países, aun con los riesgos que esto implica ya que cada lugar tiene características propias. Los resultados de este estudio permiten conocer las necesidades y problemáticas de los usuarios fuertes de heroína que demanda tratamiento en los centros de Ciudad Juárez Chihuahua, lo que ayudara para realizar o complementar los programas de prevención y tratamiento estructurados con la problemática real de la comunidad.

I. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas, no es exclusivo de nuestro país ni de nuestra época. Desde tiempos inmemoriales en la historia del ser humano, se documenta el uso de drogas en diversas culturas, con variaciones en los tipos de estas, las formas de administración y las funciones individuales y sociales que representan. Estas culturas recurrían al uso de una o varias drogas con fines religiosos, médicos o ceremoniales (Calderón, 1984).

Extendiéndose en los últimos años el uso y abuso de sustancias adictivas a grandes sectores de la población del mundo, lo que se ha convertido en la mayoría de los países en un gran problema social, que genera consecuencias adversas en el rendimiento escolar, en el entorno familiar, en el ámbito laboral y en la salud individual, ocasionando la pérdida de la salud física, mental y social (Avalos, 1992).

El consumo de drogas es un fenómeno sumamente complejo, determinado por tres elementos de origen bio-psico-social, los cuales al interactuar y coincidir en un individuo, se convierten en factores de riesgo que pueden propiciar el consumo de drogas (Elizondo, 1998). Estos elementos son: a) La droga y sus efectos, b) La persona consumidora con todas sus características hereditarias, físicas y psicológicas y c) El medio ambiente, es decir, el núcleo familiar y el tipo de sociedad donde se produce el fenómeno.

Ante esto se han logrado avances importantes en el conocimiento y comprensión de este fenómeno, que provienen tanto de la neurobiología, genética, epidemiología y otras ciencias sociales y de la conducta. De este modo, hay diversas teorías sobre la relación de los factores biológicos predisponentes que, al establecer contacto con la droga, hacen que algunos individuos sean más susceptibles a desarrollar dependencia. También hay teorías psicológicas que, en concordancia con las recién mencionadas, hablan de una personalidad más vulnerable a desarrollar un vínculo estrecho con las sustancias.

Los factores de tipo psicológico que pueden propiciar conductas adictivas, derivan de una estructura emocional vulnerable de la persona, como consecuencia de experiencias existenciales, principalmente de la niñez y la adolescencia, que han troquelado su personalidad. Por ejemplo, un individuo que fue sobre protegido en la infancia tendrá mayor dificultad para madurar emocionalmente. La inmadurez emocional determinará un mayor riesgo para el desarrollo de algún tipo de fármaco dependencia (Elizondo, 1998).

En cuanto a las características personales que facilitan el comienzo en el consumo de drogas y el mantenimiento de dicha conducta, diversas investigaciones han demostrado con creces que no existe una "personalidad drogodependiente" (Ayestarán, 1987). No existe ninguna estructura de personalidad que conduzca inevitablemente al consumo de drogas. Sin embargo, la posición contraria, que consiste en centrar la atención en factores socio-culturales y en el aprendizaje social, como si todas las personalidades tuvieran la misma probabilidad de desembocar en la conducta drogodependiente, tampoco ofrece una explicación satisfactoria de por qué el consumo más o menos esporádico de las drogas se convierte en algunos casos en una drogodependencia que se mantiene en la edad adulta, mientras en otros casos se abandona dicha conducta al final de la adolescencia (Ayestarán, 1987).

Ante esto ha surgido el concepto de resiliencia, el cual hace referencia a las diferencias individuales que manifiestan las personas entre sí, al enfrentarse a situaciones de riesgo. La resiliencia marca las posibilidades, de fortaleza y aspectos positivos, presentes en los seres humanos que viviendo en situaciones adversas, han logrado un nivel "adecuado" o "normal" de desarrollo; estas personas han sido determinadas resilientes (OPS, 1997).

En México el fenómeno del uso y abuso de drogas, constituye un motivo de preocupación por su tendencia creciente. Para muchos investigadores ha sido importante conocer el comportamiento del fenómeno de las adicciones, por lo que han realizado múltiples estudios de corte epidemiológico, como son las Encuestas Nacionales de Adicciones que se han centrado principalmente en la cuantificación de los usuarios, la identificación de factores de riesgo y la descripción de los elementos que mantienen el consumo. Lo que ha permitido conocer los diferentes patrones de uso, sus tendencias, así como las consecuencias sociales, psicológicas y de salud asociadas al uso, abuso o dependencia. (ENA (Tapia-Conyer, Cravioto, Medina-Mora, 1998).

II LAS DROGAS

Para comprender mejor el fenómeno que representa el consumo de drogas, es importante conocer y comprender varios conceptos importantes como:

II.1 Droga o Fármaco

En 1969, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como "Droga o fármaco a cualquier sustancia natural o sintética que al ser introducida en el organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones".

Esta definición es lo suficientemente amplia como para que quepa en ella una amplia gama de sustancias que pueden ser tanto ingeridas como inyectadas o inhaladas. De esta manera, tenemos desde el café, el té, los cigarrillos, el alcohol, toda la gama de productos que se venden en las farmacias, hasta las sustancias proscritas y las que están penadas por la ley (drogas ilegales) (Roth, Urquidí, Curi, 1989).

En la actualidad, según el DSM-IV, se considera a las adicciones como un trastorno relacionado con la ingesta abusiva de una droga. Es decir, de acuerdo a sus características sintomáticas es, en sí misma, una enfermedad de tipo mental. Sus consecuencias pueden ocasionar trastornos de tipo físico en el organismo del sujeto del organismo del sujeto que consume la droga.

Cualquier droga puede ser dañina, aunque los efectos varían dependiendo del tipo de droga, la cantidad la frecuencia y la vía de administración; las condiciones físicas y mentales del consumidor, así como el ambiente donde se consume.

Existe una gran variedad de sustancias que se usan por auto prescripción debido a modas, tendencias sociales y de mercadotecnia, de modo que prácticamente cualquier sustancia de uso médico o no médico puede ser utilizada con fines de abuso.

En 1982 la OMS intentó delimitar las drogas que producen dependencia y declaró como drogas de abuso "aquellas de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada".

Del Moral y Fernández, (1998), señalan que actualmente y desde la perspectiva médica y científica, droga se refiere a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones:

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste. (carácter psicoactivo).
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
3. El cese en su consumo puede significar un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psíquica).

4. No tienen ninguna indicación médica, y si la tienen pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Por lo tanto, el término de droga incluye "aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia física, psíquica y que ocasionan en muchos casos un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social". Afectando la personalidad, el funcionamiento familiar y social del individuo ya que todas tienen algo en común: alteran las sensaciones, la percepción el comportamiento y también afectan físicamente al sujeto (Del Moral y Fernández, 1998).

II.2 Uso, hábito, abuso

La Organización Mundial de la Salud (OMS), junto con otros organismos han dado mediante un consenso actual las siguientes definiciones. (Del Moral y Fernández, 1998).

Uso: El uso de una sustancia no tiene significado clínico ni social, este término solamente significa consumo, utilización, gasto de esa sustancia sin el impacto en el ámbito familiar, médico ni social, etc. Puede entenderse como consumo aislado, ocasional, sin un ritmo de habituación, tolerancia o dependencia.

Hábito: Se refiere a la costumbre de consumir una sustancia por haberse adaptado a sus efectos. Se desea la sustancia, pero no de manera imperiosa. No hay tendencia a aumentar la dosis, ni trastornos físicos ni psíquicos al no conseguirla.

Abuso: Ha sido definido por el Real Colegio Británico de Psiquiatras como "cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de varios o de la sociedad en general". Se trata de un uso inadecuado por su cantidad o finalidad. Para la OMS, tiene cuatro criterios diferentes: uso no aprobado; uso peligroso; uso dañino y uso que comporta una disfunción. De acuerdo al CIE-10, esta terminología no se usa y en su lugar se considera consumo perjudicial. Definido como aquella forma de consumo que esta afectando la salud física o mental.

Para el DSM- IV y el CIE-10 el abuso se describe a través de los siguientes criterios:

Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias, que conlleva a un deterioro clínicamente significativo, de acuerdo a uno o más de los síntomas siguientes durante un periodo de 12 meses:

Consumo recurrente de sustancias que da lugar a no cumplir con obligaciones en trabajo, escuela o casa.

Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en que hacerlo es físicamente peligroso, como conducir un auto o manejar maquinaria.

Problemas legales continuos relacionados con la sustancia.

Consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales recurrentes o interpersonales causados o exacerbados por la sustancia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

11.3 Farmacodependencia

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud, la farmacodependencia es el estado psíquico y a veces físico, causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar un fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces, para evitar el malestar producido por la privación (CONADIC, 1998).

La farmacodependencia es un fenómeno determinado por tres elementos: **la droga** misma y sus efectos, **la persona** farmacodependiente con todas sus características hereditarias, físicas y psicológicas y **el medio ambiente**, es decir, el núcleo familiar y el tipo de sociedad en donde se produce el fenómeno (Arturo Ortiz, 1992).

11.4 Dependencia o Adicción

La dependencia a las drogas es sinónimo de adicción y consiste en un conjunto de signos y síntomas de orden cognitivo, conductual y fisiológico que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de la droga (CIJ, 1997).

La OMS (1982), define dependencia como "síndrome caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes". Dando lugar a una pérdida de libertad, pues la persona se encuentra suspendida/ controlada/ esclavizada por la droga; en otras palabras, la droga se convierte en un objeto autoritario que absorbe la personalidad del sujeto.

Para efecto de la Norma Oficial Mexicana (1999), se entiende por Adicción o Dependencia, al conjunto de fenómenos de comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactivas.

Para la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV), "la característica esencial de la dependencia de sustancias consiste en un grupo de síntomas cognoscitivos, conductuales y fisiológicos que indican que el individuo continúa consumiendo la sustancia, a pesar de la aparición de problemas significativos relacionados con ella", y añade que "existe un patrón de repetida autoadministración que a menudo lleva a la tolerancia, a la abstinencia y a una ingestión compulsiva de la sustancia" (Del Moral y Fernández, 1998).

La dependencia cruzada es la habilidad de un fármaco para suprimir las manifestaciones de la dependencia física producida por otro y también para mantener dicha dependencia del sujeto con su uso. Cualquier opiáceo potente presentará dependencia cruzada con otro opiáceo, por ejemplo heroína con codeína, heroína con metadona, etcétera (Suárez-Toriello, 1989).

Cuando existe dependencia o adicción, aparecen síntomas orgánicos, psicológicos y sociales que se acompañan de tolerancia y abstinencia, razón por la cual el individuo tiende a recurrir al uso subsiguiente de la sustancia a fin de mitigar los efectos psicofísicos que provocan tales estados (CIJ, 1997).

Usualmente se describen dos tipos de dependencia: la física y la psicológica, pero actualmente se añade un tercer tipo: la social. Cada una de ellas presenta unas manifestaciones sintomáticas propias y es determinada por causas específicas, teniendo las tres en común la conducta final del dependiente: "obtener y consumir la droga". No pueden considerarse los elementos por separado, sino que son complementarios e interactuantes en una misma persona (Del Moral y Fernández, 1998).

II.4.1 Dependencia física

La dependencia física recibe hoy en día la denominación de neuroadaptación, que es un estado caracterizado por la necesidad de mantener determinados niveles de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son: la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

En este tipo de dependencia, el organismo se acostumbra a una cierta cantidad de droga adquiriendo la necesidad de consumirla para funcionar normalmente. Al ser un estado de adaptación biológico, el organismo se ajusta a la presencia de una droga, de tal manera que cuando la administración de la droga es suspendida bruscamente y se rompe el vínculo droga-organismo, se presenta el Síndrome de abstinencia agudo o de retirada, que se caracteriza por diversas manifestaciones más o menos agudas de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable, según la droga, los cuales ceden con la administración de la droga o con sustitutos farmacológicos que amortigüen el vacío a nivel de neuroreceptores que se produce.

Esta dependencia la causan sobre todo los depresores del SNC como: alcohol, opiáceos, hipnóticos, sedantes; menos marcada entre las drogas estimulantes como las anfetaminas y sus derivados, la cocaína y la nicotina; y es apenas perceptible en el caso de los alucinógenos (Del Moral y Fernández, 1998).

II.4.2 Dependencia psicológica

La definición de dependencia psicológica o habituación: es el uso compulsivo de una droga sin desarrollo de dependencia física, pero que implica también un grave peligro para el individuo. Este consumo compulsivo provoca alteraciones en la mente de la persona, que varían según el tipo de droga, siendo lo suficientemente importantes como para poner en peligro al individuo (CONADIC, 1992).

La dependencia psicológica ordinariamente se manifiesta en hábitos compulsivos de toma de drogas, sin embargo, la frecuencia y el patrón de hábito pueden diferir considerablemente de un individuo a otro a diferencia de lo que se observa en la dependencia física. Todas estas circunstancias se relacionan con los efectos de los usos de las drogas y normalmente se relacionan con los patrones de consumo (Media-Mora, 1993).

Cuando se emplean drogas de acción breve, como la heroína, la cocaína, la nicotina o el alcohol, el consumo ocurre varias veces al día y crea, un vínculo muy poderoso a nivel psicológico. Por esto la dependencia psicológica se caracteriza por una búsqueda continua de la droga, ya que el individuo tiene la necesidad emocional compulsiva de usar sustancias para sentirse bien al obtener la vivencia de efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) y/o evitar el malestar

psíquico que siente con su ausencia, aunque fisiológicamente no le sean necesarias. Este tipo de dependencia, es causada sobre todo por las drogas estimulantes del SNC, convirtiéndose en una situación compleja, y la intensidad y rapidez con que se establece así como la dificultad para salir de ella una vez establecida son variables y dependen de varios factores: personales, educativos, sociales, ambientales, motivacionales, antropológicos, etc., y están también relacionados con la droga (eficacia, propiedades intrínsecas, vías de administración, etc.) (Del Moral y Fernández, 1998).

11.4.3 Dependencia Social

Del Moral y Fernández (1998), señalan un tercer tipo de dependencia. La dependencia social, determinada por la necesidad de consumir la droga como signo de pertenencia a un grupo social que proporciona una clara señal de identidad personal. El abandono de la sustancia puede generar en el drogodependiente graves crisis relacionales capaces de provocar la reanudación de su consumo con el objeto de restablecer el equilibrio social en el que se encontraba confortable.

11.5 Tolerancia

La dependencia, puede o no acompañarse de otro fenómeno llamado tolerancia. Es importante señalar que en la mayor parte de los casos ocurre en la dependencia física (CIJ, 1997). Y se desarrolla en función de las propiedades farmacológicas de la droga y de los efectos que a nivel bioquímico produce en el organismo (Del Moral y Fernández, 1998).

La tolerancia a las drogas, se define como la capacidad que tiene el organismo de adaptarse a los efectos de las drogas, lo que implica la necesidad de aumentar las dosis para obtener resultados de igual magnitud (CONADIC, 1992). Se caracteriza por la disminución progresiva de los efectos de una droga a dosis iguales sucesivas (Hollister, 1985). Provocado que el individuo que consume droga, tome cada vez mayor cantidad de ella con el fin de obtener los mismos efectos de la primera administración. Esto genera un gran peligro, pues el adicto puede tener una sobredosis no tanto por error o intención, sino por necesidad de consumo, lo cual puede causarle desde una intoxicación hasta la muerte (CIJ, 1997).

Para el caso de los opiáceos, la dependencia se establece en un tiempo relativamente corto con respecto a otros fármacos. La tolerancia es un fenómeno característico de éstos: la heroína, por ejemplo, puede llegar a ser 100 veces mayor de la dosis inicialmente aplicada. La tolerancia —dependiendo de la dosis—, aparece después de unos días de administrar la sustancia de manera continua o antes. Se caracteriza por una disminución de la duración de la acción, además de una reducción de la intensidad del efecto analgésico, euforizante, sedativo y de otros efectos depresores del SNC (Souza y Machorro, 1997).

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Drogas de mayor frecuencia de uso en relación con la dependencia

Grupo	Nombre común	Uso médico	Tolerancia física	Dependencia psicológica	Dependencia física
Nicotina	Tabaco	Ninguno	X	X	X
Alcohol	Bebidas Alcohólicas	Ninguno	De X a XXX	De X a XXX	De X a XXX
	Vino, cerveza, tequila, brandy, etc				
Cannabis	Marihuana, hachis	En estudio	0	De X a XXX	0
		Tratamiento de glaucoma, asma, etc			
Alucinógenos	LSD, mezcalina, psilocibina, etc	Ninguno	0	0	X
Estimulantes	Benzedrina,	Anorexicos, combaten fatiga, depresión, etc.	X	X	XXX
Amfetaminas	Desedrina				
Cocaína	Hojas de Coca, cocaína	Anestésico local y analgésico	X	XX	De X a XXX
Caféina	Café, té, refrescos de cola	Estimulante	X	X	De X a XXX
Sedantes					
Tranquilizantes	Librium, valium, etc	Relajantes musculares, ansiolíticos	X	X	De X a XXX
		Hipnóticos			
Barbitúricos	Amital, nembital	Analgésico, Anestésico	De X a XXX	De X a XXX	De X a XXX
Opiáceos	Opio, morfina, heroína	Ninguno	XXX	De X a XXX	De X a XXX
Inhalantes	Pegamento, gasolina, etc		XXX	De X a XXX	De X a XXX

0 Inexistente

X: Ligera

XX: Moderada

XXX: Fuerte

Fuente: De la Garza 1988.

II.6 Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia, es diferente para cada droga y se refiere al conjunto de signos y síntomas físicos y psicológicos producidos como consecuencia de la reducción o interrupción de la administración de un fármaco, después de un tiempo de uso prolongado, o en casos más aislados, por dosis altas (CIJ, 1997).

La intensidad del síndrome de abstinencia depende de varios factores: tipo de droga, cantidad de droga, vía de administración, frecuencia de administración, etc. Dando lugar a trastornos fisiológicos, como alteraciones en la frecuencia cardíaca, en la presión arterial y en la respiración; sudoración; vómitos, delirios, convulsiones, pérdida de conciencia, etc. Todas estas alteraciones pueden ser de leves a graves, en casos extremos pueden llegar a provocar la muerte (CONADIC, 1992).

Algunos fármacos pueden causar un alto índice de mortalidad al presentarse el síndrome de abstinencia, principalmente por las complicaciones que producen conjuntamente a nivel cardíaco, pulmonar y del SNC. Por ejemplo el alcohol etílico como otros tranquilizantes (sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y opiáceos) son capaces de desencadenar graves síndromes de abstinencia que requieren de cuidados especiales, a fin de evitar sus complicaciones y eliminar riesgos contra la vida (CIJ, 1997).

Sin embargo drogas como: marihuana, cocaína y estimulantes, no producen síndromes de abstinencia asociados a tasas de mortalidad elevada, pero inducen diversos trastornos psicofísicos variables en su intensidad. El síndrome de abstinencia que provocan éstas drogas, no requiere necesariamente de manejo médico psiquiátrico aunque pueden emplearse algunas medidas farmacoterapéuticas para evitar malestares o complicaciones psicológicas y sociales (CIJ, 1997).

En la frontera norte de México, los adictos denominan al síndrome de abstinencia como "malilla" término muy usado para referir la terrible sintomatología que presentan (Suárez-Toriello, 1989).

11.7 Patrón de consumo

Con el objetivo de comprender mejor el fenómeno del consumo de drogas, es necesario señalar la distinción entre los diferentes tipos de consumo. El patrón de consumo no es siempre el mismo para todos; adquiere una característica y un ritmo particular dependiendo de quién consume la droga, el tipo de droga y el medio en el que se consume.

Nowlis (1975), identificó cuatro tipos diferentes de consumo: experimental, causal u ocasional, habitual y compulsivo. Mismos que la UNESCO distingue y se describen a continuación:

1. **Experimental:** Es un consumo fortuito y durante un período de tiempo muy limitado. La droga se puede probar una vez o incluso varias veces, pero ya no se vuelve a consumir. La elección de la droga suele ser bastante indiscriminada y determinada por la oferta de los amigos y compañeros. Es un patrón inicial y común a todas las drogas. Entre los motivos de este consumo encontramos: la curiosidad (conocer lo prohibido), el sentirse adulto (conducta iniciática), el sentirse parte de un grupo (conducta de integración), etc.

2. **Ocasional:** Es un consumo intermitente, cuya principal motivación es la integración grupal a través de mayores niveles de desinhibición personal. También pueden darse propósitos concretos, como la obtención de un mayor goce sexual. Este consumo se caracteriza porque la persona discrimina cuál es el tipo de droga que prefiere y dónde quiere usarla. Si estas circunstancias se dan con frecuencia aumenta el peligro de desarrollar una drogodependencia.

Este consumo puede ser de dos tipos: socio recreativo y circunstancial-situacional. El consumo socio recreativo está ligado a una "facilitación de comportamiento social, mientras que el consumo circunstancial-situacional es autolimitado y, generalmente unido a deseos de incrementar los rendimientos de tipo deportivo, laboral o sexual.

3. **Habitual:** Es un consumo que tiene lugar a diario y presenta un doble propósito. Por un lado, aliviar el malestar psicoorgánico que la persona padece (dependencia física y/o psicológica) y, por otro, mantener un rendimiento (caso de los consumidores de cocaína). Existen alteraciones menores del comportamiento. No obstante, la persona dedica gran parte de su tiempo a pensar en la droga, buscarla y auto administrarla.

4. **Compulsivo:** Es un consumo muy intenso varias veces al día. Existe un trastorno muy importante del comportamiento que da lugar a un sinnúmero de consecuencias sociales (pérdida de trabajo, rupturas afectivas, vagabundeo, actos delictivos, etc.). El consumidor tiene una incapacidad de enfrentarse a los problemas básicos de la vida diaria por modelos normalizados. El consumo de la droga se hace aislado de los demás y su propósito es mantener "el funcionamiento basal" y aliviar los síntomas claros de abstinencia que aparecen al dejar de consumir (Del Moral y Fernández, 1998).

11.8 Vías de administración de drogas

La vía de administración de la droga es un elemento importante ya que tiene una consecuencia directa sobre los mecanismos farmacocinéticos y farmacodinámicos de las sustancias y por tanto una relación con la mayor o menor rapidez con que se instaura la dependencia (Del Moral y Fernández, 1998).

Se conocen cinco vías de administración:

1. La oral, en forma de ingestión, mascado o sublingual (debajo de la lengua). Siendo esta la vía más utilizada para el consumo de anfetaminas, LSD, barbitúricos, alcohol y drogas de diseño.
2. La pulmonar, la sustancia puede ser inhalada o fumada. Esta vía es característica para el consumo de tabaco, marihuana y solventes.
3. La nasal requiere que la sustancia sea aspirada (esnifada). Es la vía más utilizada para el consumo de la cocaína.
4. La rectal o genital, que consiste en la aplicación de sustancias sobre la mucosa anal o genital. Es una vía utilizada en el consumo de cocaína y de heroína.
5. La parenteral, lo cual significa tener que utilizar una jeringa como utensilio imprescindible para la administración de la droga. Al administrar la droga de esta forma se requiere menos cantidad de la sustancia para obtener igual placer; además, estos sentimientos placenteros se logran de manera casi instantánea cuando se usa la vía intravenosa.

La vía parenteral se divide en tres formas de administración:

1. La vía subcutánea (debajo de la piel), paso intermedio entre aspirar o fumar y la administración por vía venosa.
2. La vía intramuscular (dentro de los músculos), utilizada como alternativa a la intravenosa cuando ésta resulta de difícil acceso debido al deterioro de las venas por las frecuentes inyecciones.
3. La administración intravenosa se realiza usualmente a través de una de las venas del antebrazo. No obstante, todas las venas accesibles pueden ser utilizadas. Esta vía es la más usada en los consumidores de heroína y de los polidrogadictos (Del Moral y Fernández, 1998).

Existe una relación entre la vía de administración y la posibilidad de que se genere dependencia, ya que las vías de administración que producen un tránsito más rápido y eficiente del fármaco al SNC, tienden a incrementar la posibilidad de un patrón escalonado de uso, que puede conducir a una adicción crónica. Cuando se administra a través de una vía que introduce al torrente sanguíneo altas concentraciones en un lapso corto, es más probable que pronto se produzca un consumo de dosis elevadas. Asimismo la intensidad de los efectos tóxicos se encuentra también asociada estrechamente a la vía de administración. Por ejemplo, la administración de droga por vía intravenosa produce reacciones tóxicas con más frecuencia y severidad que la administración oral o por inhalación (CIJ, 1997).

Se ha observado que el potencial de peligro que presentan ciertas drogas varían en forma considerable de acuerdo con la ruta de administración, esto es la peligrosidad asociada al consumo, por ejemplo, el caso del consumo de cocaína inyectada directamente por vía intravenosa es más grave, que cuando se inhala (Medina-Mora, 1993).

II.9 Consecuencias generales de la dependencia a drogas

Todas las drogas son excesivamente peligrosas, y todos sus efectos se intensifican considerablemente cuando son administradas por vía intravenosa. El uso o la adicción a cualquier droga tiene consecuencias fatales, conduce al dolor y a un sufrimiento que puede incluir la cárcel, los hospitales, los psiquiátricos o la muerte. Y no sólo para el adicto, sino también para la sociedad en general al ser afectada directa o indirectamente.

A continuación se nombran algunas consecuencias:

a) Reacciones antisociales: El drogodependiente vive por y para la droga y hará todo lo posible por conseguirla, sin que existan para él barreras morales. Así son frecuentes los hurtos, incremento de la agresividad, tráfico ilegal, homicidios, prostitución, y un estado de tensión social que genera accidentes, suicidios, conflictos familiares, laborales, etc.

b) Síndrome de déficit de actividad: Con astenia, indiferencia, disminución o interrupción de la actividad motora, disminución o pérdida de capacidades cognitivas (deterioro intelectual), pasividad, apatía aislamiento, abulia, etc.

c) Infecciones y disminución de las defensas: Debido a la falta de asepsia, a la administración de drogas por vía inyectable lo que puede dar lugar a cuadros infecciosos: hepatitis viral, paludismo, endocarditis bacteriana y micóticas, abscesos subcutáneos, tétanos, tromboflebitis, osteomielitis, infecciones oculares, síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA), etc. Incluso en condiciones de asepsia, la administración de determinadas drogas (opiáceos) llega a producir inmunodepresión aumentando la vulnerabilidad del drogadicto a otras enfermedades.

d) Peligro de sobre dosificación: Este peligro existe, especialmente en los drogodependientes a opiáceos (heroína) por vía endovenosa, cuando se inyectan la dosis máxima de una fase anterior, después de un período de abstinencia. La dosis elevada "normal" en el consumidor crónico (adaptación por tolerancia) resulta excesiva después de un período sin consumirla y puede ocasionar la muerte por depresión respiratoria.

A veces se nombra impropia mente muerte por sobre dosis a la producida por intoxicación debida a la mezcla fraudulenta con las que se suele "cortar" la droga (estrínina, quinina, talco, polvo de ladrillo, etc.).

e) Riesgo de escalada: Cuando el consumo de las indebidamente denominadas drogas blandas (derivados del cañamo y alucinógenas) o de sustancias legales como el alcohol, es de abuso existe el riesgo comprobado de la escalada a drogas más activas y con mayor capacidad de producir dependencia a drogas como la heroína, cocaína, etc.

f) Efectos tóxicos específicos: Son los característicos de cada droga o grupo de drogas.

g) Trastornos mentales inducidos: El consumo de sustancias puede producir la aparición de síntomas característicos de distintos trastornos mentales y cuando esto sucede, es decir cuando se estima que la clínica es un efecto directo de la sustancia, se diagnostica trastorno inducido por sustancias. Por otro lado, debe tenerse presente que las personas con trastornos mentales también pueden ser consumidoras de sustancias, y debido a este consumo, presentar un trastorno mental, lo cual viene a

complicar el curso y el tratamiento de la patología psiquiátrica de base, es decir su trastorno mental primario.

Normalmente los trastornos inducidos por sustancias tienen lugar en el contexto de un trastorno por consumo de sustancias concomitante (sustancias que se consumen al mismo tiempo), y entonces deben diagnosticarse ambos (por ejemplo, trastorno psicótico inducido por cocaína y dependencia a cocaína) (Del Moral y Fernández, 1998).

Relación de trastornos mentales y comportamentales inducidos por drogas y la situación de consumo.

Trastornos inducidos por sustancias	Drogas y situación de consumo
Delirium	Alcohol ¹ ^, mepetidina ¹ , sedantes ¹ ^, alucinógenos ¹ , cannabis ¹ , anfetaminas ¹ , cocaína ¹ , fenciclidina ¹ , sustancias volátiles ¹
Demencia -*	Alcohol ⁰ , sustancias volátiles ⁰ , sedantes ⁰
Trastorno amnésico persistente *	Alcohol ⁰ , sedantes ⁰
Trastornos psicóticos	
Ideas delirantes	Alcohol ¹ ^, opiáceos ¹ , sedantes ¹ ^, alucinógenos ¹ , cannabis ¹ , anfetaminas ¹ , cocaína ¹ , fenciclidina ¹ , sustancias volátiles ¹
Alucinaciones	
Trastornos del estado de ánimo	Alcohol ¹ ^, opiáceos ¹ , sedantes ¹ ^, alucinógenos ¹ , anfetaminas ¹ ^, cocaína ¹ ^, fenciclidina ¹ , sustancias volátiles ¹
Trastornos de ansiedad	Alcohol ¹ ^, sedantes ¹ , alucinógenos ¹ , cannabis ¹ , anfetaminas ¹ ^, cocaína ¹ ^, cafeína ¹ , fenciclidina ¹ , sustancias volátiles ¹
Trastornos sexuales	Alcohol ¹ ^, opiáceos ¹ , sedantes ¹ ^, anfetaminas ¹ , cocaína ¹ ^
Trastornos del sueño	Alcohol ¹ ^, opiáceos ¹ , sedantes ¹ ^, anfetaminas ¹ , cocaína ¹ ^, cafeína ¹

- Debe siempre indagarse otra posible causa concomitante (traumatismo craneocefálico, trastornos metabólicos, tumores, etc.)

* Estos trastornos se caracterizan por persistir largo tiempo una vez que la sustancia ha sido eliminada del organismo.

I = El cuadro clínico se inicia durante una intoxicación por la sustancia

A = El cuadro clínico se inicia durante la abstinencia por la sustancia

O = El cuadro clínico está en relación a un consumo prolongado y no tiene por que iniciarse solo durante la intoxicación o abstinencia

FUENTE: (Del Moral, Fernández, 1998)

III CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS

Debido a la complejidad y constante evolución que encierran las drogas, existen diversas clasificaciones de ellas ya que estas se han venido realizando en diferentes momentos, con distintas necesidades y finalidades. Con el paso del tiempo y el descubrimiento de nuevas drogas algunas clasificaciones ya no fueron lo suficientemente claras o completas por lo que se realizaron otras más, para complementar y precisar la información, conciliando aspectos farmacológicos, jurídicos, psiquiátricos y sociales.

III.1 Primer clasificación

En 1972, la Organización Mundial de la Salud clasificó por primera vez a las drogas según grupos de control, así propone cuatro grupos:

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

1. Grupo A: Sustancias que se recomienda poner bajo control porque son susceptibles de abuso en una medida que constituye un peligro particularmente grave para la salud pública y cuyo valor terapéutico es poco, muy poco, o inexistente; esencialmente son los alucinógenos.
2. Grupo B1: Sustancias que se recomienda poner bajo control, porque son susceptibles de abuso en una medida que constituye un peligro serio para la salud pública, y cuyo valor terapéutico es casi escaso o medio: en este grupo están clasificadas sobre todo las anfetaminas.
3. Grupo B2: Sustancias que se recomienda poner bajo control porque son susceptibles de abuso en una medida que constituye un peligro serio para la salud pública pero cuyo valor terapéutico es medio o alto. Se encuentran en este grupo los barbitúricos y algunos hipnóticos.
4. Grupo C: Sustancias que se recomienda poner bajo control porque son susceptibles de abuso en una medida que constituye un peligro pequeño, pero no desdeñable para la salud pública y cuyo valor terapéutico es pequeño o grande: en este grupo se encuentran algunos barbitúricos, tranquilizantes e hipnóticos.

III.2 Clasificación según el efecto sobre el Sistema Nervioso Central

De acuerdo con el efecto que ejercen sobre la actividad mental o el estado psíquico de una persona, se pueden clasificar las drogas en dos tipos, los que aceleran (estimulantes) y, los que retardan la actividad mental (depresores) (CONADIC, 1992).

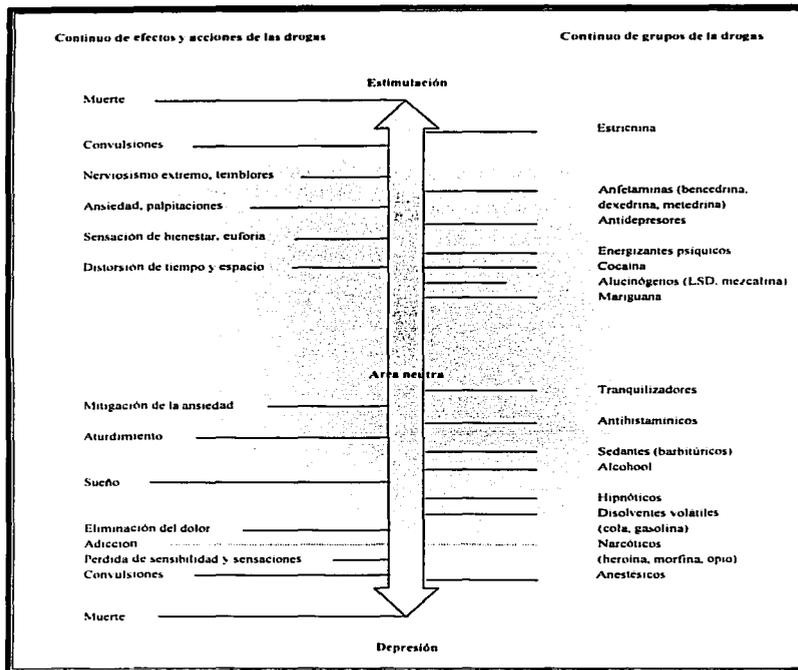
- ❖ Los Estimulantes, tienen propiedades químicas que aceleran la actividad del sistema nervioso central, estos se recetan para el tratamiento de la depresión, la obesidad, la narcolepsia (ataques súbitos de sueño) y la hipercinesia de la niñez (Korovsky y cols, 1992). Y entre las drogas ilegales se encuentran como estimulantes: la cocaína, las anfetaminas, las metanfetaminas y los alucinógenos (CONADIC, 1992).

El consumo de los estimulantes produce una sensación temporal de exaltación del ánimo, hiperactividad, pérdida del apetito, insomnio, vigor intenso y locuacidad (hablar mucho), dilatación de las pupilas, sudor excesivo, temblores, mal aliento, mareos, sequedad de la boca y de labios, y picazón en la nariz. Otros efectos del uso indebido de estimulantes son irritabilidad, ansiedad, comportamiento agresivo, pánico y alucinaciones (CONACE).

- ❖ Los depresores actúan totalmente diferente a los estimulantes, siendo las drogas que disminuyen la actividad funcional del individuo. Se usan como sedantes y en cantidades excesivas producen un estado similar a la embriaguez y pueden causar adicción, sobredosis y accidentes. Entre estos se incluyen a los tranquilizantes, la marihuana, barbitúricos, analgésicos narcóticos: opio, morfina y codeína, alcohol y los inhalables. Los síntomas que provocan los depresores son apatía, depresión, distalía, confusión mental y pérdida de la coordinación motora (CONACE).

El organismo se acostumbra rápidamente a los depresores y las personas que abusan de ellos aumentan las dosis sin darse cuenta del peligro. Este tipo de abuso puede causar perjuicios emocionales y físicos, ya que los depresores realmente causan depresión (CONADIC, 1992).

Efectos que producen las drogas en el Sistema Nervioso Central



III.3 Drogas ilegales y legales

Las drogas ilegales o ilícitas son sustancias cuya posesión y consumo es prohibido y esta controlado por las autoridades correspondientes. La marihuana, cocaína, heroína, opio, y los alucinógenos son algunas de ellas. Por otro lado, se puede llevar a cabo un consumo ilícito de una sustancia lícita. Por

ejemplo: cuando un menor de edad consume tabaco y/o alcohol o cuando alguna persona consume fármacos sin prescripción médica.

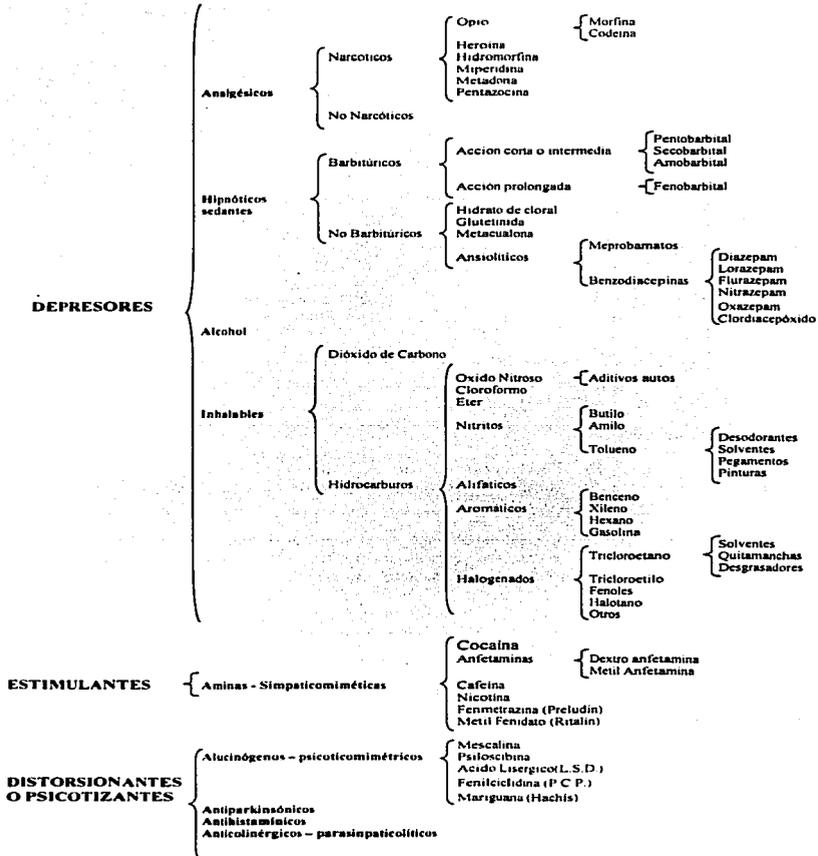
Es también consumo ilícito el utilizar cualquier producto que no es concebido formalmente como droga. Por ejemplo: al ingerir o inhalar gasolina, algunos pegamentos y los solventes orgánicos con el propósito de provocar efectos similares al de ciertas drogas.

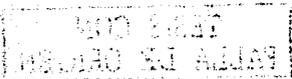
III.4 Clasificación en relación con la farmacodependencia

Es importante hacer una clasificación de las drogas en relación con la farmacodependencia de acuerdo a los síntomas que cada droga provoca sobre el organismo. Ya que al conocer mejor las características de las sustancias utilizadas, esto permite prestar una mejor atención médica o terapéutica para ayudar al individuo.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Clasificación de las drogas en relación con la farmacodependencia

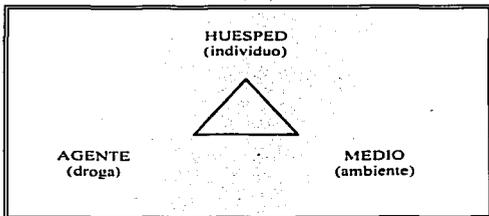




IV FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CONSUMO DE DROGAS

Un conjunto de características psicológicas, sociales, culturales, demográficas, económicas y ambientales, provenientes de la comunidad, de la familia, del grupo y/o del individuo pueden influir en aumentar o disminuir la probabilidad de que el sujeto se inicie en el consumo de drogas.

A partir del esquema de la Organización Mundial de la Salud (OMS) se puede plantear que el uso indebido de drogas y la drogadicción, se produce por la interacción de tres elementos: el individuo (huésped), el ambiente (medio) y la droga (agente).



IV.1 Huésped (Factores individuales)

IV.1.1 Factores Biológicos

Para el consumo de drogas, son importantes las características biológicas del individuo, tales como: constitución física, edad, sexo, estado nutricional y de salud, capacidad de metabolización, como también su predisposición genética (CONACE).

Algunos de estos factores pueden ser modificables y otros no, unos son más determinantes que otros, pero la existencia de cualquier factor en ciertas circunstancias, individuos y momentos pueden propiciar o neutralizar el riesgo. Por ejemplo, un factor de riesgo para consumir alcohol es ser hijo de un alcohólico; y a pesar de que este factor no puede ser directamente manipulable, otros factores protectores (resiliencia) pueden neutralizar su influencia. Como lo sería una buena crianza durante la primer infancia, un ambiente familiar y escolar adecuados durante la segunda infancia elimina o al menos neutraliza la predisposición genética, lo cual explica que sólo el 30% de los hijos de alcohólicos desarrollan ese problema cuando son adultos (Castro M.E. 1994).

IV.1.2 Factores Psicológicos

Las reacciones a las situaciones percibidas y la capacidad de afrontar periodos de estrés y la capacidad de recuperarse de ellos, están determinados, en cierta medida, por las características individuales. Cada persona tiene múltiples características psíquicas y hábitos de comportamiento que comparte con otros miembros de su comunidad. Siendo determinantes las características de personalidad incluidas, entre

otras, la auto imagen, habilidades interpersonales (asertividad, comunicación empatía, etc.). Se ha señalado que el consumo indebido de drogas sería producto de la necesidad del individuo de cubrir ciertas carencias, especialmente afectivas. En este sentido, a través del consumo de drogas y la asociación con personas que consumen, el individuo lograría satisfacer sus necesidades emocionales de afecto, aceptación y pertenencia. Este fenómeno se ve favorecido en personas con una baja autoestima, es decir, que se valoran poco, las cuales son más vulnerables a las influencias externas (presión social) (CONACE).

El consumo de drogas se puede explicar también en relación con las actitudes: la actitud frente al futuro, en especial, la falta de propósitos vitales; el espíritu de aventura o necesidad de experimentación, propia de la etapa adolescente; la aceptación de conductas antisociales y la rebeldía, es decir, personas que aceptan esas conductas y tienden a transgredir las normas sociales. También se ha mencionado como factor la imitación; ésta no debe ser entendida como una repetición mecánica de la conducta de los otros, sino una conducta con sentido, con significado, relacionado con la identificación con ciertos modelos y estilos de vida (CONACE).

IV.2 Medio (Factores ambientales)

La familia, la ocupación los valores morales y religiosos, los intereses económicos y la reglamentación o leyes prevalentes para el uso o abuso de las sustancias adictivas son factores importantes que influyen para que un sujeto se acerque o no a la droga.

La familia influye poderosamente en la conducta del consumo: esto, a través del tipo calidad de las relaciones familiares, que determina el significado y la importancia que tiene la familia con respecto a otras fuentes de influencia, como los amigos.

La calidad de las relaciones familiares se relaciona con los siguientes factores:

Afectividad y expresión de sentimientos: Las relaciones familiares afectivas y la adecuada expresión de sentimientos permiten una mayor identificación de los hijos con los padres como modelos y una mejor aceptación de éstos como definidores de conductas. Esto se manifiesta en la atención y el cuidado de los hijos.

Comunicación: La adecuada comunicación permite una mayor integración del grupo familiar y se expresa tanto en la comunicación verbal, como en actitudes, gestos y conductas.

Normas y límites: Siempre es necesario para el desarrollo de los hijos como personas, un adecuado control sobre sus conductas. La familia debe marcar normas y límites claros respecto a la conducta que se espera de ellos, es decir, qué conductas son adecuadas y cuales no lo son, qué es bueno y qué es malo. Las normas son reforzadas a través de la aplicación de los premios y castigos.

Refuerzo y estímulo: La familia influye en la conducta no sólo imponiendo normas y límites a la conducta; también lo hace a través del refuerzo y estímulo a conductas positivas y al logro de metas.

Modelos familiares: Otra forma de influencia familiar es a través de los modelos representados por los padres. Aquí son importantes dos elementos; por una parte, la identificación de los hijos con los padres como ejemplos de conducta, es decir, su significado como modelos a imitar. Esto se relaciona con la afectividad. Por otra parte, respecto al consumo de drogas, son importantes las propias conductas y actitudes de la familia, por ejemplo, en relación con el consumo de alguna droga.

Grupos de Referencia y Otros Significados: Ambas fuentes de influencia, por su relación con el individuo o por ser significativas para él, pueden actuar en dos formas, como modelos, es decir, ejemplificando conductas, formas de ser, estilos de vida. También pueden actuar como agentes normativos, definiendo, a través de sus expectativas, expresadas en actitudes y conductas, el comportamiento que es adecuado o inadecuado en cada situación, entre ellas, la conducta respecto a las drogas y su consumo, que los grupos o personas con los cuales se identifica pueden definirse como adecuadas o inadecuadas.

Presión social: En el proceso de interacción con personas y grupos que consumen drogas, el individuo recibe diversas formas de presión para consumir.

Ocupación: Algunas profesiones favorecen ciertos consumos. Por ejemplo, los agentes comerciales y los camareros, el consumo de alcohol; los trabajadores nocturnos, los camioneros, y los ejecutivos, el consumo de estimulantes (Del Moral, M., Fernández, P., 1998).

Control Social: A través de diversos mecanismos la sociedad define qué conductas son apropiadas e inapropiadas para diferentes situaciones y personas. De este modo, cada sociedad, y dentro de ella, cada grupo social, determina respecto a las drogas cuáles pueden ser usadas, por quiénes, en qué situaciones y en qué cantidades.

Factores Macrosociales: La sociedad como un todo también determina la conducta de los individuos, principalmente a través de sus normas (expresadas en leyes, usos, y costumbres), sus valores, de la opinión pública, de los estilos de vida que promueve, de los modelos representados por los líderes de opinión y de la propia cultura.

Cada sociedad establece respecto a las drogas:

- **Quiénes:** Qué personas pueden usar, producir o comerciar legítimamente ciertas drogas.
- **Situación:** En qué situaciones específicas pueden ser utilizadas determinadas drogas.
- **Cantidad:** En qué cantidades es adecuada usar algunas drogas.
- **Frecuencia:** Principalmente relacionado con el potencial daño que el uso de la droga puede involucrar, por ejemplo, el tabaco, el alcohol, etc.

Un factor reconocido como importante en cuanto al riesgo de consumo está dado por la disponibilidad de las drogas, es decir, la existencia en la sociedad de diversos tipos de drogas, que se producen, se comercializan, se trafican (legal o ilegalmente) (CONACE, cartilla 6).

Consumo en el entorno: Otros factores de riesgo, son los relacionados con el ambiente familiar. Los antecedentes de consumo de familiares o compañeros, muchos sociólogos coinciden en afirmar que uno de los factores principales que inducen al consumo de drogas es el de la proximidad de otros consumidores. Cuando comparten amistad con otros compañeros consumidores tienen mayor posibilidad de incorporarse al mundo de la droga (Leire Itza, 1992).

El comportamiento y actitudes familiares hacia el alcohol y drogas, en donde el uso de drogas en los padres, marcan altos niveles de conflicto intrafamiliar y pobre relación entre padres e hijos, se han asociado con el uso de alcohol y otras drogas en sus descendientes. También se ha observado que en las familias en donde al menos un miembro de éstas fuma, el niño tiene el doble riesgo de fumar. Brook y

cols. en 1988 encontraron que el uso de drogas en los hermanos mayores incrementaba el riesgo para el uso de estas sustancias en los hermanos menores.

Disponibilidad y Accesibilidad: Entre los factores contextuales encontramos la disponibilidad y accesibilidad de la droga, que comprobadamente influye de manera importante en la decisión para experimentar o no con los fármacos ilícitos. Simplemente, si una sustancia psicoactiva está a la mano sin complicaciones, muchas personas, que no lo harían en otras circunstancias, se atreven a probarla (Ramón de la Fuente 1997).

Percepción de riesgo: Lo que percibimos en un momento dado depende, no solamente de la naturaleza del estímulo existente, sino también de los antecedentes que le afectan: nuestras propias experiencias sensoriales pasadas, nuestros sentimientos del momento, nuestros prejuicios, deseos, actitudes y fines generales. Aunque estos distintos elementos están presentes, en un sentido general, en nuestras percepciones, uno de ellos será más influyente que los otros, en lo que afectan nuestras reacciones perceptivas ante aspectos específicos del medio ambiente.

Pares de usuarios: Otro factor que ha sido estudiado por diversos investigadores es la asociación con pares usuarios de drogas, ya que constantemente ha sido encontrado como uno de los predictores de consumo de sustancias más fuertes entre jóvenes. Newcomb y cols. (1986) reportan que la influencia de los pares en el uso de drogas por los adolescentes es más fuerte que la influencia que tienen los padres que utilizan sustancias adictivas.

IV.3 Agente (Droga)

Cada sustancia tiene diferentes características farmacológicas que van desde sus propiedades fisicoquímicas (solubilidad, estabilidad, etc.), hasta sus efectos particulares sobre el sistema nervioso central (SNC). Las dosis necesarias para producir los efectos buscados, la frecuencia de uso, el patrón de consumo, la interacción con receptores que desencadenan respuestas específicas en el organismo, el tiempo que duran los efectos, la tolerancia que se desarrolla a dosis subsecuentes, y la capacidad de producir trastornos fisiológicos perdurables en el organismo, son factores que determinan el curso de un proceso de adicción (Jaffe, 1990).

V LA HEROÍNA

La heroína es un opiáceo, los cuales son un grupo de compuestos exógenos derivados del opio, naturales, semisintéticos y sintéticos. Todos los fármacos de este grupo se caracterizan por tener un fuerte efecto analgésico y depresor del Sistema Nervioso Central (SNC), así como una intensa capacidad de producir dependencia (Souza y Machorro, 1997; Cravioto P. 2001).

El opio se obtiene de la cápsula o bellota de una especie de amapola denominada adormidera y cuyo nombre científico es *Papaver somniferum*, planta originaria del Sur de Europa y Asia Occidental. Entre los principales países productores se encuentran: Turquía (el opio de Esmira es el más rico en alcaloides), India, varios países de la antigua Unión Soviética, Irán Pakistán y Afganistán. Se calcula que el opio que sigue los canales legales de comercialización es menor a la mitad de la producción del mundo. El opio ilícito proviene en su mayor parte del llamado Triángulo de Oro del sudeste asiático

(Laos, norte de Tailandia y noreste de Birmania), sin embargo, actualmente estas plantas se cultivan en varias partes del mundo. (Moro y Leza, 1998)

Sus flores son muy atractivas, al caer sus pétalos las semillas quedan contenidas en vainas esféricas, a las cuales se les hacen incisiones antes de que maduren, para extraer el jugo lechoso con el que se produce el opio crudo (García, 1990). La palabra opio deriva del griego y significa jugo. Cuando éste es secado al aire forma una masa gomosa de color café. Un método más moderno de cosecha, requiere de un proceso industrial de la paja de la adormidera seca para extraer los alcaloides una vez que la planta ha madurado. Casi todo el concentrado de la paja de amapola con que se comercia se presenta como polvo fino color café de un olor muy característico (US Department of Justice, 1986; Cravioto P, 2001).

La composición del opio es compleja, pudiendo distinguirse dos tipos de compuestos:

- Sustancias inactivas (75 a 80%) que incluyen ácidos orgánicos, resinas, azúcares, sales minerales, etc.
- Sustancias activas o alcaloides (20 a 25%) de las cuales existen más de 20, pero tan solo seis tienen interés médico: derivados fenotrópicos que incluyen a la morfina (10%), codeína (0.5%) y tebaina (0.2%); Son bases fuertes, con poder analgésico, estimulantes del músculo liso y capaces de producir dependencia. Y los derivados benzilisoquinólicos: papaverina (1%), narcotina (6%) y narceína (0.3%), los que son bases débiles, espasmolíticos, no analgésicos (excepto en el dolor espástico) y no generan dependencia. (Moro y Leza, 1998)

La primer referencia del jugo lechoso de la amapola se encuentra en los escritos de Teofrasto, en el siglo III AC. Los sumerios desde el año 3 500 AC, utilizaban sus semillas en una preparación con fines medicinales. Las propiedades analgésicas y eufóricas del opio fueron descritas por los griegos, quienes veneraban la droga usándola para sus ritos religiosos y luego en el arte de la curación. Hipócrates se refirió frecuentemente a las virtudes médicas de varios preparados del opio con la frase *Divinum opus este sedare dolorem*; Aristóteles lo describió como una droga hipnótica. Para el siglo IX, la medicina árabe recomendaba su uso en el tratamiento de la diarrea (Suárez-Toriello, 1989; Moro y Leza, 1998; CraviotoP, 2001)

Los navegantes portugueses lo distribuyeron en la India y en el siglo X llegó a China. Logrando ser el opio muy importante en Asia en el siglo XIII y entre los guerreros de la India pues mitigaba el miedo para combatir "inyectando" valor entre los guerreros (Goodman, 1985; Cravioto P, 2001).

En el siglo XVIII, su uso se popularizó tanto en la India como en China. En los siglos XV-XVI, Paracelso consideraba el opio como la piedra de la inmortalidad. En 1660, Sydenham elaboró la tintura del opio que lleva su nombre "laudano de Sydeham" y acuñó la frase: "Entre los remedios que Dios Todopoderoso se ha dignado dar al hombre, para aliviar sus sufrimientos ninguno es tan universal y eficaz como el opio". A mediados del siglo XIX, arribaron a los Estados Unidos trabajadores chinos no especializados para trabajar en la construcción de canales y ferrocarriles e introdujeron la costumbre de fumar opio. En Europa, fumar opio se convirtió en distintivo de militares, marinos, aristócratas, artistas e intelectuales (García, 1990; Goodman, 1985).

La morfina, como principio activo del opio, fue aislada por primera vez por Friederick W. Adamus Sertürner en 1806. Por sus propiedades analgésicas y narcóticas su nombre proviene de Morfeo, el dios griego del sueño (García, 1990; Suárez-Toriello, 1989). Sertürner, llevo a cabo el primer ensayo clínico con la morfina, observando que producía vómitos, rubor y un estado de coma superficial. A partir de entonces, su uso médico se extendió empleándose tanto por vía oral, rectal e intradérmica.

Desde 1827 la morfina la elaboraba en grandes cantidades E. Merck exportándola en 1832 a los Estados Unidos en cantidades suficientes para utilizarse por vía oral. Posteriormente, con la aparición de la jeringa de Pravaz facilitó la aplicación parenteral (Goodman. 1985; Cravioto P, 2001).

El principal alcaloide natural del opio es la morfina de la cual dependen las propiedades analgésicas y eufóricas del opio. (Souza y Machorro, 1997; Goodman. 1985; Suárez-Toriello, 1989).

Las guerras, desde luego, favorecieron el empleo analgésico de la morfina, aún más difundían su uso cotidiano. Los médicos alemanes la utilizaron por vía intravenosa, afirmando que era cuatro veces más potente empleada de esta manera (Goodman, 1985). Luego, en 1898, el profesor Heinrich Dreser, investigador de la compañía Bayer, informó a la comunidad científica que después de tomar la morfina y agregarle dos grupos de acetilados, había descubierto la maravillosa droga que curaba la morfínomanía, quitaba el dolor con mucha mayor eficacia y no producía adicción; la denominó "diacetilmorfina". El entusiasmo entre los médicos hizo que el nombre se cambiara, dado que sí había derrotado a la peligrosa morfina, esta nueva droga heroica se debía llamar así: Heroína. Sin embargo, ésta es mucho más potente, dado que con cantidades menores produce los mismos efectos, siendo éstos muy similares, ya que al introducirla al organismo casi inmediatamente la heroína se convierte en morfina (Gómez, 1991; Lowinson, 1980; Longenecker, 1994; Cravioto P, 2001).

La heroína (diacetilmorfina o diamorfina) se sintetiza a partir de la morfina mediante un proceso de acetilación de los grupos fenólicos y oxhidrilos. Es muy similar en todo a la morfina excepto su potencia, pues se necesitan dosis diez veces menores de esta sustancia para producir efectos comparables con ésta, en su forma pura, la heroína es un polvo cristalino blanco, tan fino que desaparece al frotarse contra la piel, excepto cuando su fabricación es imperfecta, pues entonces resulta áspera y de color amarillento, rosado o café. Cuando llega al mercado ilícito, generalmente se encuentra muy adulterada con azúcar, quinina u otras sustancias (Cravioto P, 2001)

V.1 Tipos de heroína

Entre las drogas ilegales, encontramos a la heroína. La cual es una droga estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC) que se ve asociada con el crimen y la violencia debido al sistema social que la rodea. La heroína es capaz de producir dependencia psicológica y física, presentando un síndrome de abstinencia al suspender el consumo de la droga, por lo que el sujeto que consumía para experimentar un placer posteriormente consume para evitar el sufrimiento que le causa el síndrome de abstinencia, y esto se convierte en parte fundamental de su vida, convirtiendo sus actividades principales en actividades relacionadas en la búsqueda y adquisición de la droga (Medina-Mora, 1988).

En ocasiones cuando la droga es decomisada por la policía y se reduce la cantidad circulante, ésta se adultera y sube de precio en el mercado negro, esto ocasiona que el individuo requiera una mayor dosis y más dinero, relacionándose esto con mayor violencia o con asistencia a un tratamiento para liberarse de una manera menos dramática de la necesidad de consumir altas dosis (Medina-Mora, 1988).

Dentro del mercado ilícito se puede conseguir diferentes tipos de heroína los cuales dependen del grado de pureza y origen de la droga, estos son de gran interés ya que condicionan desde la forma de uso, los efectos, los costos, la toxicidad y hasta el grado de adicción que pueden provocar. A continuación se describirán los más importantes:

Heroína núm. 2: Llamada también heroína base o Tsao-ta, procedente del sudeste asiático este tipo se obtiene fácilmente mediante procesos químicos, que pueden convertirla en número 3 y 4. Su color va

del gris claro al gris oscuro, aunque a veces suele tener un color amarillento o rosado, presentándose más o menos en polvo o granulada (Gómez, 1991; National Institute on Drug Abuse, 1998; Cravioto P, 2001).

Heroína núm. 3: Conocida también como "brown sugar" o "tecata" es la producida y refinada en México, tiene una textura como de tierra granulada y reseca. Su color es como el chocolate, con diversas tonalidades. Aparece mezclada con otras sustancias como cafeína, estricnina, azúcares, etc. Su contenido de heroína oscila entre un 25 a 50% (Gómez, 1991; National Institute on Drug Abuse, 1998; Cravioto P, 2001).

Heroína núm. 4: Llamada popularmente como Tailandesa, proviene de Asia y del Medio Oriente. Su textura es similar al de la leche en polvo mezclada con algo de azúcar. De hecho, estos dos elementos son utilizados para el "corte" de la heroína en la venta callejera. Es la que tiene el porcentaje más elevado en principio activo, superando muchas veces el 90% de pureza. Por lo general es un polvo fino de color blanco, aunque también puede presentarse amarillenta o crema (Gómez, 1991; National Institute on Drug Abuse, 1998; Cravioto P, 2001).

Black Tar: Su apariencia es muy similar a la brea o a las rocas de carbón, pero de un color café muy oscuro, casi negro. Esta heroína procedente de México, tiene un proceso deficiente y burdo en la fabricación ilícita de esta droga. Mezclada con escarcha de harina de maíz, se vende para inyectar. Su pureza oscila entre el 20 al 80%. Algunas bandas suelen comprarla para refinarla nuevamente y darle un aspecto semejante a la asiática (Gómez, 1991; National Institute on Drug Abuse, 1998; Cravioto P, 2001).

V.2 Acciones farmacológicas

Existen opiodes endógenos como las encefalinas, endorfinas y dinorfinas, y opiáceos exógenos -que se administran desde el exterior del organismo- como la heroína. Los opiáceos se ligan a receptores cerebrales, los cuales están distribuidos de manera diferencial, concentrándose en áreas asociadas con la transmisión del dolor, como el sistema talámico, el hipotálamo e hipófisis (Souza y Machorro, 1997; Goodman, 1985).

Los opiodes endógenos y los fármacos opiáceos pueden interactuar sobre distintos tipos de receptores. Hasta el momento se han identificado receptores opiodes que son: Mu, Kappa y Delta, así como subtipos de éstos. (Cravioto P, 2001)

Están localizados en la porción terminal de la neurona y que al unirse la molécula del opiáceo, inhiben la liberación del neurotransmisor generando una disminución en la percepción al dolor (opiodes mu). Otras consecuencias de la activación del receptor mu son la depresión respiratoria, miosis, disminución en la motilidad gastrointestinal y sensación de bienestar (euforia). La activación selectiva de los receptores kappa producen analgesia. Los agonistas kappa actúan primariamente en la médula espinal y causan miosis y depresión respiratoria en menor intensidad que los agonistas mu. Producen desorientación y/o despersonalización. (Cravioto P, 2001)

Los agonistas los exógenos parecen inhibir la descarga neuronal mediante un mecanismo de retroalimentación. La concentración y aumento de los péptidos endorfinicos en la terminal nerviosa producen el fenómeno de tolerancia, pero si los opiáceos se suspenden bruscamente, el mecanismo

inhibitorio producido por estas sustancias exógenas se inactiva y la concentración de endorfinas se incrementa. En vista de que no hay encefalinas disponibles se manifiestan los síntomas de abstinencia (Souza y Machorro, 1997; Goodman, 1985; Cravioto P, 2001).

VII.3 Farmacocinética

La heroína introducida al organismo se desacetila rápidamente a 6-monoacetil morfina (MAM) y luego a morfina. La barrera hematoencefálica tiende a impedir la entrada de morfina al cerebro. En cambio, esta barrera es menos efectiva contra la heroína y MAM ya que ambos fármacos son liposolubles (Goodman, 1985). La heroína es una de las drogas ilícitas comunes, con pocas propiedades farmacológicas especiales. Por vía subcutánea hasta los consumidores experimentados son incapaces de distinguir entre morfina y heroína, esto es comprensible ya que la heroína se convierte rápidamente a morfina en el organismo (Souza y Machorro, 1997; Goodman, 1985).

Con base en su peso, la heroína como analgésico es aproximadamente dos veces y media más potente que la morfina, pero por vía subcutánea no produce mayor euforia ni dependencia física. Su efecto principal se produce a nivel del SNC y sistema intestinal. En el SNC, la morfina produce analgesia sin pérdida de conciencia, somnolencia, cambios en el estado de ánimo, obnubilación mental, depresión respiratoria, menor motilidad gastrointestinal, náuseas, vómito y alteraciones de los sistemas endocrino y nervioso autónomo.

La heroína se puede absorber a través del tracto gastrointestinal, mucosa nasal, mucosa broncoalveolar, vía subcutánea e intravenosa. El efecto por vía oral es mucho menor que por las otras vías. Sus efectos duran entre 3 y 6 horas. La morfina se elimina casi totalmente después de 24 horas de la última dosis y la concentración en los tejidos es mínima. El 90% de la excreción renal de morfina ocurre dentro de las 24 horas después de la última dosis y 7 a 10% se excreta por bilis a través de las heces (SSA-CONADIC, 1992).

V.4 Vías de administración en la Heroína

La heroína puede administrarse en forma de gotas, fumada, por inhalación o inyectándola, tanto subcutánea como directamente en las venas, el aumento de la tolerancia entre los usuarios de opiáceos, la baja pureza de la droga o los cambios en la disponibilidad del tipo de opiáceos, puede llevar a algunos fumadores o usuarios intranasales de opiáceos a cambiar a la inyección como su ruta preferida de administración.

Intravenosa: Para inyectarse la heroína los usuarios la disuelve previamente en agua y generalmente la solución se "cocina" para separar los cortes que traiga y dejarla más pura. Esto se hace calentando la solución generalmente en una cuchara. Para la inyección de la heroína se utiliza una jeringa hipodérmica. Esta forma de administración produce un rubor caliente de la piel y sensaciones en el abdomen bajo, descritas por el adicto como similares en intensidad y calidad al orgasmo sexual, llamada por ellos la patada o el golpe.

Fumada: Esta vía se ha utilizado recientemente con la idea errónea de que esta forma de consumo no lleva a la adicción, eliminándose el estigma de la inyección de drogas. De un tiempo a la fecha se ha reportado el procedimiento de fumar cigarrillos de tabaco con heroína (Souza y Machorro, 1997; García, 1990; Goodman, 1985).

Inhalada: En algunos países se ha observado la transición de la inyección a la fumada y de ésta a la inhalada, la cual se hace mediante el proceso de mezclar la heroína generalmente con barbital en polvo sobre un trozo de hojalata o papel de aluminio que al calentarse desprende humos que se inhalan. A este procedimiento se le conoce entre los adictos como caza del dragón, cola de dragón o chasing the dragon por la forma ondulada del humo que se desprende y semeja la cola del dragón. Otra forma de consumo es la vía intranasal, particularmente cuando la pureza de la droga se incrementa.

Gotas: El Community Epidemiology Work Group (CEWG) de los Estados Unidos ha reportado un nuevo método de uso de la heroína: disuelta y depositada en la fosa nasal usando una jeringa, un spray nasal o un cuentagotas, a lo que se le conoce entre los usuarios del norte de México y Sur de Estados Unidos como agua de chango (Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse, 1997; OMS, 1997; National Institute on Drug Abuse, 1998; 1997).

V.5 Intoxicación aguda

La intoxicación por opiáceos suele presentarse por sobredosis clínica en especial en niños y ancianos, generalmente después del uso de analgesia postoperatoria. Puede presentarse una sobredosis accidental grave en pacientes hipotensos o en shock, o bien en adictos, la cual es más frecuente, sobre todo con la heroína. Puede presentarse debido a una sensibilidad inusual del opiáceo (sobre todo en las primeras administraciones); Error en el cálculo de la dosis inyectada; Inyección de heroína muy pura; Inyección de la dosis habitual después de un tratamiento de desintoxicación, la cual suele provocar una hipersensibilización de los receptores opiodes; Sobredosis intencional (intento de suicidio).

La heroína, al no existir comercio legal, no existe un estado puro; la heroína callejera tiene una pureza variable, y se vende mezclada (cortada) con lactosa, glucosa, quinina, estriquina (mantiene sabor amargo) y sustancias muy variadas que pueden causar una toxicidad adicional. (Leza y Moro, 1998)

La sintomatología se presenta en dos fases:

Fase de Excitación: Con zumbidos de oídos, actividad sensorial exaltada, agitación, sed intensa, respiración amplia, lenta e intermitente.

Fase de Depresión: Es la más manifiesta, con presencia de coma profundo, miosis puntiforme que evoluciona a midriasis debido a la anoxia, depresión respiratoria, colapso, hipotermia y anuria. Suele presentarse también somnolencia o coma profundo si la dosis es muy elevada. Edema agudo de pulmón, broncoconstricción, bradicardia, hipotensión.

Cualquier sujeto con marcas de aguja en la vena facilita el diagnóstico, sin embargo todo aquel que presente la triada coma, miosis y depresión respiratoria, debe pensarse en la posibilidad de intoxicación por opiáceos.

V.6 Efectos a corto y largo plazo por el uso de heroína

Los efectos a corto plazo por el uso de la heroína inyectada o inhalada comienzan inmediatamente, al cruzar la barrera hemato-encefálica. En el cerebro, se convierte en morfina y se une rápidamente a los receptores de los opiodes. Las modificaciones que se desarrollan durante la administración crónica de los opiáceos pueden volver a la normalidad después de un periodo prolongado de abstinencia. Un resultado directo de este fenómeno es que el grado de tolerancia a opiáceos desaparece o disminuye de forma considerable, y es la causa de que muchos adictos padecen sobredosis mortal al administrarse la misma dosis previa a la abstinencia de opiáceos.

Los opiáceos producen tanto dependencia física como psicológica, poderosos factores motivadores para el uso y abuso compulsivo. La dependencia psicológica es un fenómeno mucho más complejo que la física y mucho más importante en la génesis de la adicción. Uno de los efectos más perjudiciales a largo plazo por el uso de heroína es la adicción a la misma. Esta es una enfermedad crónica, recurrente, caracterizada por la búsqueda y uso compulsivo, y por los cambios neuroquímicos y moleculares en el cerebro.

Al igual que los adictos a cualquier otra droga, los usuarios de heroína gradualmente emplean más tiempo y energía en obtener y usar la droga. Una vez que son dependientes, su principal propósito en la vida se convierte en el buscar y usar drogas. Literalmente, las drogas cambian su cerebro (National Institute on Drug Abuse, 1997).

En el sistema nervioso, los opiáceos ejercen un potente efecto analgésico de tipo selectivo, sin afectar otras modalidades de percepción. Se produce obnubilación, somnolencia y cambios en el estado de ánimo; puede aparecer también ansiedad, miedo o diferentes grados de disforia. Otros efectos clínicos incluyen lentitud psicomotriz, dificultad en la concentración y apatía (Souza y Machorro, 1997; Suárez-Toriello, 1989).

La heroína administrada por vía intravenosa tiene ciertas características. Dosis bajas producen supresión de la sensación de dolor, euforia, obnubilación mental, sensación de bienestar, relajación somnolencia en algunos sujetos y locuacidad en otros. El propio ritual del consumo, es decir, calentar la solución, aplicar el torniquete, cargar la aguja e inyectarse en la vena poseen efectos reforzadores como ha sido descrito en estudios psicológicos. Poco después de la inyección aparecen somnolencia, incapacidad para concentrarse, apatía, miosis, disminución de la agudeza visual, en usuarios recientes puede manifestarse ansiedad, temblor y desvanecimiento. Con dosis altas se producen efectos de mayor duración e intensidad, y dosis más elevadas producen intoxicación franca.

En el sistema cardiovascular, los opiáceos ejercen un efecto depresor, aunque para ello se requieren dosis muy altas. Se han descrito alteraciones del ritmo cardíaco como bradicardia y arritmias, que parecen corresponder al aumento en el tono vagal causado por la inhibición de las colinesterasas, a la hipoxia o a la acidosis resultante. Otras alteraciones cardíacas, que llegan inclusive a provocar choque cardiogénico con fibrilación auricular e insuficiencia cardíaca primaria, parecen deberse a los compuestos adulterantes presentes en la mayoría de los psicotrópicos ilegales (Souza y Machorro, 1997; Suárez-Toriello, 1989).

En el aparato respiratorio, los opiáceos actúan como depresores primarios de los centros respiratorios del tallo cerebral, a partir de una reducción de la capacidad de respuesta de esos centros, al aumento de la presión parcial del CO₂. La depresión respiratoria se produce incluso con dosis bajas para producir sueño (Souza y Machorro, 1997; Suárez-Toriello, 1989).

Los adictos a la heroína típicamente refieren sentir una oleada de placer, un "rush". La intensidad de este rush está en función de la cantidad de droga que se ha tomado y lo rápido en que entra al cerebro uniéndose a los receptores naturales de los opioides.

La heroína es particularmente adictiva debido a la rapidez con que entra al cerebro. El rush que se produce por el uso de la heroína generalmente se acompaña de rubor caliente en la piel y de sensaciones en el abdomen inferior que duran 45 segundos. Los adictos lo describen como sensaciones similares al orgasmo sexual y le llaman "gozo", "golpe", "la patada", etc. Las extremidades se sienten

pesadas, el cuerpo caliente, en la cara y especialmente en la nariz puede dar comezón o prurito severo, la boca se reseca y puede acompañarse de náuseas y vómito. Se disminuye la tensión y algunos experimentan euforia. Si las condiciones externas son favorables sobreviene el sueño (Suárez-Toriello, 1989; National Institute on Drug Abuse, 1997).

Después de los efectos iniciales, los consumidores generalmente quedan somnolientos por varias horas. La función mental queda nublada por los efectos de la heroína en el Sistema Nervioso Central. La función cardíaca se vuelve lenta. La respiración también se ve severamente disminuida, algunas veces hasta el punto de la muerte. Existe un particular riesgo de sobredosis con heroína de la calle, donde la cantidad y pureza de la droga no se conoce con exactitud (National Institute on Drug Abuse, 1997).

La dependencia física se desarrolla con dosis más altas de la droga. El cuerpo se adapta a la presencia de la droga y los síntomas de abstinencia se presentan si se reduce el consumo abruptamente. La abstinencia puede suceder a las pocas horas de que se usó la droga por última vez (National Institute on Drug Abuse, 1997).

V.7 Síndrome de abstinencia

Los cambios provocados por la exposición crónica a opiáceos conforman un "nuevo equilibrio" neuronal. Sin embargo, este puede romperse cuando de manera abrupta se interrumpe la administración de opiáceos. Es decir, la ocupación crónica del receptor produce el "nuevo equilibrio" adaptativo en el que la neurona, ve frenados los procesos de liberación del neurotransmisor cuando está bajo los efectos de un agonista de receptores opioides. Cuando se establece la abstinencia el "freno" ejercido por los opiáceos se pierde y se produce una liberación en "cascada" del neurotransmisor. La liberación de noradrenalina parece ser la responsable de la mayoría de los síntomas de abstinencia a opiáceos. (Leza y Moro, 1998).

Las manifestaciones clínicas del síndrome de abstinencia dependen de diversos factores:

- Tiempo de evolución de la dependencia opiácea
- Cantidad y frecuencia de consumo y concentración real de la sustancia, por ejemplo la heroína callejera esta adulterada.
- Constitución física del usuario, patologías orgánicas y psicopatología previa.
- Tipo de opiáceo.

Para el caso de la heroína y morfina, los primeros síntomas aparecen entre las 8 a 12 horas tras la última dosis administrada. El máximo se alcanza entre las 48 a 72 horas con una duración de 7 a 10 días sin tratamiento.

El síndrome de abstinencia se le ha denominado "malilla" entre adictos de la frontera norte de México, éste se desarrolla gradualmente y la intensidad de los síntomas aumenta conforme pasan las horas después de la suspensión del fármaco. Se distinguen tres fases:

- Fase inicial, con rinorrea, bostezos, ansiedad, lagrimeo y sudoración que aparece entre las 8 y 12 horas tras la última dosis.
- Fase intermedia, cuando el síndrome alcanza su máxima intensidad con midriasis, piloerección y "piel de gallina", temblores, dolores y contracturas musculares así como dolores óseos.

Sudoración, taquicardia, ansiedad, irritabilidad, agitación psicomotriz, pérdida de apetito e insomnio.

- Fase tardía, con calambres musculares, fiebre, cólicos o espasmo intestinal, náusea, vómitos, diarrea que junto con la falta de ingestión de líquidos puede dar desequilibrio hidroelectrolítico e incluso colapso cardiovascular, disminución de peso (hasta 5 kg en 96 hrs), insomnio, posición de gatillo, orgasmo y eyaculación espontánea, estornudos, escalofríos, lumbalgia, dolor en extremidades, hiperexcitabilidad, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria (García, 1990; Leza y Moro, 1998).

La sintomatología suele desaparecer en siete a diez días, los síntomas remanentes desaparecen gradualmente y están dados principalmente por la ansiedad, alteraciones de la conducta, escasa tolerancia al estrés, etc. El deseo por consumir nuevamente la droga puede ser muy intenso, incluso varios meses después de la última administración. La sintomatología que más afecta al adicto es: los dolores intensos, el insomnio y la ansiedad (Goodman, 1985; Suárez-Toriello, 1989).

Algunas veces, los adictos soportan muchos de los síntomas de abstinencia con el fin de reducir su tolerancia a la droga y poder experimentar nuevamente el rush. Durante una época se pensaba que la dependencia física y los síntomas de abstinencia eran los elementos clave para la adicción a la heroína. Ahora se sabe que esto puede no ser totalmente cierto, ya que la sensación de ansiedad -es decir, el deseo incontrolable por la droga- y las recaídas pueden ocurrir semanas y meses después de que los síntomas de abstinencia hayan desaparecido. También se sabe que los pacientes con dolor crónico que requieren opiáceos para controlarse (algunas veces por extensos periodos), tienen pocos problemas, si es que los tienen, para dejarlos después de que el dolor se resuelve por otros medios. Esto puede ocurrir porque el paciente con dolor simplemente está buscando alivio a este y no busca el rush, como el adicto (National Institute on Drug Abuse).

Los recién nacidos de madres que han consumido opiáceos en el embarazo, presentan al nacer un síndrome de abstinencia caracterizado por irritabilidad, llanto excesivo, temblor, hiperreflexia, fiebre, vómitos, estornudos, bostezos e incremento del reflejo de succión. El inicio y duración varía de acuerdo a la cantidad de opiáceo consumido por la madre. En el caso de heroína, los síntomas suelen presentarse el primer día de nacidos.

V.8 Complicaciones

Una consecuencia de la dependencia a la heroína es la alta tasa de mortalidad entre los consumidores crónicos, debido a la intoxicación por administrarse dosis demasiado fuertes o porque la sustancia que consumieron era de una alta pureza o de mayor potencia a la que estaban acostumbrados. También es importante señalar que el entorno en que se desenvuelven los heroínómanos los sitúa en un ambiente de riesgo que los hace más propensos a sufrir un daño a la salud no necesariamente por efectos directos del opiáceo en el organismo, sino debido a situaciones de violencia, accidentes, etcétera (García, 1990).

V.8.1 Mortalidad

Las principales causas de mortalidad reportadas entre los adictos a la heroína en los Estados Unidos e Inglaterra se encuentran las enfermedades infecciosas, tales como tuberculosis y endocarditis bacteriana, seguidas de enfermedades del sistema cardiovascular, especialmente fallo cardíaco. A estos motivos, hay que agregar además reacciones adversas a la heroína -administrada sola o junto con otras sustancias- y actos de violencia, principalmente los homicidios y

suicidios. Para usuarios de drogas intravenosas, se han estimado tasas ligeramente mayores de mortalidad por todas las causas; en un estudio se encontró una tasa de mortalidad anual de entre 3% y 4%. En otro estudio, excluyendo el VIH/SIDA, se reporta una mortalidad de 1 a 2% (OMS, 1997).

Bschor y Wessel, en un estudio de seguimiento, analizaron la mortalidad entre 530 pacientes externos adictos a drogas. Encontraron que los hombres y mujeres adictos a la heroína tenían respectivamente una tasa de mortalidad 12 y 29 veces mayor que la población general de la misma edad (OMS, 1997).

A pesar de la devastadora epidemia de VIH/SIDA entre los usuarios de drogas intravenosas en algunos países, la sobredosis continúa siendo una importante causa de muerte, y la principal en muchas latitudes. Se ha sugerido que la llegada del VIH ha enfocado la atención en el SIDA y la ha alejado de las muertes como consecuencia de la sobredosis (OMS, 1997).

Una alta proporción de las muertes súbitas entre usuarios de heroína está dada por la auto administración de dosis más potentes a las que su organismo está acostumbrado. Los motivos por lo que se presenta esta situación están asociados generalmente a inyecciones de heroína de alta pureza, que escapan del control del usuario para detectarla; al consumo de droga después de haber transcurrido un periodo en el que se perdió la tolerancia a la dosis acostumbrada; por utilizar las mismas dosis de otros consumidores, sin haber alcanzado la tolerancia para ello (esto sobre todo se presenta en consumidores recientes); por la combinación de la heroína con alcohol o barbitúricos, los cuales incrementan o potencializan los efectos depresores (García, 1990).

V.8.2 Alteraciones pulmonares

Estas complicaciones son muy frecuentes entre los heroínómanos debido a endocarditis, inyección de sustancias inertes o infección bacteriana. También por los problemas producidos directamente por la heroína en el pulmón y el mal estado de salud del sujeto. (Cravioto P, 2001)

Muchos de los aditivos que acompañan a la heroína de la calle pueden incluir sustancias que no se disuelven y obstruyen los vasos sanguíneos, yéndose a los pulmones, hígado, riñones o cerebro. Esto puede causar infección o incluso muerte de pequeñas manchas o parches de células en órganos vitales (García, 1990; OMS, 1997; Passaro, 1998; Cravioto P, 2001).

También pueden desarrollarse granulomas o tumoraciones en el pulmón como consecuencia de la inyección de adulterantes, o por las fibras de algodón utilizadas como filtro en la inyección. Las infecciones pulmonares como neumonitis y tuberculosis, suelen presentarse en estos pacientes. En algunos usuarios crónicos se ha señalado la presencia de asma, debido a la constricción que produce la heroína en las vías respiratorias y acentuada por una hipersensibilidad pulmonar (García, 1990; OMS, 1997; Cravioto P, 2001).

V.8.3 Trastornos hepáticos

La hepatitis B aguda y crónica son riesgos bien conocidos con respecto a la inyección de drogas (además de ser también riesgos para quienes tienen contacto sexual con quienes se inyectan, y en caso de embarazo hay transmisión de manera vertical de la madre al hijo). La presencia de esta enfermedad puede llevar después de unos años al desarrollo de cirrosis o cáncer de hígado. La prevalencia de hepatitis B en muchas poblaciones de usuarios de drogas intravenosas es del 40 al 60%. A pesar de que existe una vacuna barata, accesible, segura y efectiva contra esta enfermedad, raramente se administra a

esta población o a sus parejas sexuales. El riesgo de contraer hepatitis A es alto entre los heroínomanos aunque esto parece estar más relacionado con las condiciones insalubres en que viven que con el hecho de inyectarse. Las epidemias de hepatitis D ocurren casi exclusivamente entre los usuarios de drogas intravenosas (OMS, 1997; Cravioto P, 2001).

La hepatitis C es casi exclusivamente transmitida por compartir agujas. El pronóstico varía de acuerdo al modo de infección y al subtipo específico, pero alrededor de un 20% de quienes la adquieren, desarrollan cirrosis en un lapso de 10 a 20 años, y en una proporción de éstos se presenta más tarde fallas hepáticas o cáncer. La hepatitis C es probablemente la complicación infecciosa más prevalente entre los usuarios de drogas intravenosas en todo el mundo: el hecho de que se infecten por esta causa, además de lo prolongado de la enfermedad con todas las complicaciones asociadas, sugiere que aunque el impacto social de la hepatitis C es menos dramático que el del VIH, las consecuencias de salud y económicas son apenas comparables con las de esta última (Souza y Machorro, 1997; Lowinson, 1980; OMS, 1997; Cravioto P, 2001).

V.8.4 Complicaciones en sistema cardiovascular

Las complicaciones médicas por el uso crónico de la heroína incluyen venas cicatrizadas y/o colapsadas, infecciones bacterianas en los vasos sanguíneos y en las válvulas del corazón debidas por estafilococo o estreptococo (Cravioto P, 2001)

Se ha observado también en los adictos a la heroína un incremento en el tamaño de los nódulos linfáticos y otros trastornos debidos principalmente a la presencia de partículas contaminantes en la droga (García, 1990; OMS, 1997; Cravioto P, 2001).

V.8.5 Complicaciones en sistema digestivo

Se han detectado en consumidores de heroína casos más frecuentes de úlcera duodenal que en la población general. Los adictos suelen padecer obstrucción intestinal, como resultado de la depresión crónica del funcionamiento de ese órgano y la consecuente constipación (García, 1990; Cravioto P, 2001).

V.8.6 Alteraciones tisulares

Las repetidas inyecciones intravenosas de la heroína conducen a lesiones y cicatrices que se observan con mayor frecuencia en antebrazos, manos y pies, pero pueden encontrarse en cualquier sitio. Las inyecciones subcutáneas de heroína, que suelen hacerse algunos usuarios, provocan abscesos, principalmente en la región de la espalda y muslos. Además de flebitis, celulitis, abscesos subcutáneos, etc (Cravioto P, 2001)

Otras lesiones que se han descrito entre los usuarios de heroína son quemaduras y laceraciones que no han podido evitar hacerse ellos mismos, debido a los efectos analgésicos de la droga. Algunos usuarios intentan disfrazar las marcas de las punciones o lesiones con el uso de tatuajes en el cuerpo (García, 1990; OMS, 1997; Cravioto P, 2001).

V.8.7 Alteraciones neurológicas

La encefalopatía posanóxica, es una consecuencia tardía de una sobredosis, caracterizada por disminución de la agudeza visual, sensibilidad dolorosa, pérdida de fuerza, lentificación en el trazo del electroencefalograma (EEG). Otras complicaciones suelen ser convulsiones y alteraciones medulares algunas asociada a infección por VIH.

V.8.8 Otras complicaciones

Las reacciones inmunes a diversos contaminantes presentes en la heroína, pueden causar artritis y otros problemas reumatológicos. De manera reciente, se ha visto un incremento en los casos de botulismo en usuarios de heroína por vía intramuscular o subcutánea principalmente, así como de tétanos, esto debido a la adulteración con quinina, la cual proporciona un medio adecuado para el desarrollo de los microorganismos en los abscesos que se producen en el sitio de la inyección (García, 1990; Passaro, 1998; Cravioto P, 2001).

Además se han observado entre los usuarios crónicos de heroína alteraciones en el comportamiento sexual: disminución del deseo sexual y de la frecuencia de relaciones sexuales y masturbación, llegando a presentarse impotencia hasta en un 50% de ellos.

V.8.9 Consecuencias en niños de madres heroínómanas

Los bebés que nacen de mujeres dependientes a la heroína no solo están en mayor riesgo de contraer enfermedades, debido a la poca atención médica después de su nacimiento, además del síndrome de abstinencia a la heroína que suelen desarrollar por la administración periódica de la sustancia por la madre durante la gestación. Otras complicaciones en estos niños están asociadas con el estilo de vida materno y la poca atención en los cuidados que reciben, la desnutrición de muchas de ellas durante el embarazo y la poca relación afectiva que algunas de ellas desarrollan con sus hijos. Ello incrementa la tasa de mortalidad entre estos menores comparados con los hijos de madres no adictas (García, 1990; OMS, 1997; Cravioto P, 2001).

VI ANTECEDENTES.

VI.1 El consumo de heroína en el mundo.

A fines de la década de los sesenta, el uso de la heroína aumentó considerablemente en los Estados Unidos y en el Reino Unido. En 1971, aproximadamente el 42% de los soldados estadounidenses en Vietnam usaron los opiáceos por lo menos una vez, y la mitad informó que en algún momento del año que pasaran en aquel país fueron físicamente dependientes. El opiáceo más usado fue la heroína (García, 1990; Goodman, 1985; Dusek, 1990).

En Australia, por ejemplo, se dio una epidemia de uso de heroína a finales de los años sesenta y principios de los setenta, lo que llevó incluso al establecimiento de un tratamiento de mantenimiento con metadona para los dependientes a la heroína. Hubo una segunda epidemia en los años ochenta y una nueva puede estar perfilándose actualmente (National Institute on Drug Abuse, 1997; 1998).

En el Reino Unido también se reportó una epidemia a mediados de los ochenta, que siguió de un periodo de estabilidad - la década previa - en que la población usuaria de heroína se encontraba en general envejeciendo. Esta epidemia fue en parte el resultado de la disponibilidad de heroína barata y de alta pureza proveniente del sudeste asiático. Esta forma de heroína, que podía ser fumada, era atractiva para los jóvenes usuarios que no se inyectaban y fue el combustible para una epidemia del uso de heroína fumada. En Estados Unidos la última epidemia de heroína inyectada ocurrió entre 1964 y 1972, principalmente entre usuarios jóvenes (OMS, 1997; Boyle, 1980).

Y el uso de morfina presentó un gran incremento, ya que se utilizaba demasiado en el área de la medicina. Lo que permitió calcular mediados y finales del siglo XIX, que 1 de cada 450 estadounidenses tenía cierto grado de adicción a esta sustancia.

Ante esta situación el gobierno de EUA buscó colaboración en acuerdos internacionales sobre la producción y comercialización de la morfina, celebrando una reunión en Shangai en 1909 y posteriormente una en La Haya en 1911, en esta reunión se promulgaron medidas de control a nivel nacional y mundial. Siendo aprobada en 1914 en Estados Unidos la Ley Harrison, en la que se limita el suministro legal de los opiáceos, por lo que estas sustancias se volvieron ilegales, provocando una modificación en la composición de los adictos y las actividades que estos desarrollaban, ligándose cada vez más a actividades delictivas (García, 1990).

VI.2 El consumo de heroína en México.

Nuestro país (México), es parte de los países latinoamericanos involucrados en el tráfico de drogas, estos países tienen en común cierta debilidad en su estado, donde prevalece la crisis económica y donde sus sistemas productivos dependen de sólo unos artículos primarios, lo que los convierte en países vulnerables ante la penetración del tráfico ilícito. La producción agrícola tiende a concentrarse en la producción ilícita de cocaína, cannabis (marihuana), inclusive de adormidera (amapola). En Bolivia y Perú operan las mafias de cocaína, en México, Colombia y Jamaica están los productores más importantes de marihuana y de heroína.

En la mayoría de los países el uso de heroína esta totalmente prohibido, en México, desafortunadamente se ha estado produciendo de manera ilegal hace más de 50 años; su uso se da sobre todo en la frontera norte del país (SSA, CONADIC, 1992).

En medida en que la producción y el consumo de drogas se ha incrementado de forma alarmante, en todo el mundo se ha generado una preocupación que es cada vez mayor y que se expresa en diferentes intentos de controlar el proceso producción – tráfico – consumo de estas sustancias (Roth, Urquidí, Curi, 1989).

México como país productor de marihuana y opio, y como vía de acceso de la droga a los Estados Unidos de América, sufre graves problemas de orden social y de salud relacionados con el tráfico, uso o abuso de estas drogas y otras sustancias que producen dependencia. (Medina-Mora, Tapia, 1989).

Razones por las cuales el abuso de drogas es considerado en nuestro país como un problema prioritario de salud pública. Los estudios realizados en México se han enfocado principalmente a evaluar la incidencia y prevalencia del consumo de drogas. Por lo que se han venido realizando desde los años setenta por diversos investigadores e instituciones una serie de estudios y encuestas tanto en población general como en población estudiantil, y zonas marginales para conocer el panorama de la farmacodependencia. Posteriormente se realizaron encuestas en hogares las cuales tenían como objetivo conocer el uso y abuso de drogas, pero estas encuestas no tenían representatividad nacional (Medina – Mora, 1979).

Ante esto, investigadores de la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Mexicano de Psiquiatría, ambas instituciones de la Secretaría de Salud, se unieron para realizar la Primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-1988), la cual permitió conocer el panorama epidemiológico de las adicciones, con representatividad nacional y regional de los individuos de 12 a 65 años de edad de todas las zonas urbanas del país (Tapia-Conyer, 1990). Posteriormente se realizó la Segunda Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-1993), con el objetivo principal de evaluar las condiciones presentes del consumo de drogas en el país y hacer comparaciones de los posibles cambios en las prevalencias de los distintos tipos de sustancias adictivas, patrones de consumo y características sociodemográficas asociadas a su uso (Tapia-Conyer, 1993). La Tercer y más reciente Encuesta Nacional de Adicciones (ENA-1998), se realizó en 1998 a través de la colaboración del IMP, DGE y el Consejo Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), la elaboración de esta encuesta tuvo como objetivos principales: evaluar la prevalencia del uso de drogas tanto médicas como no médicas, alcohol y tabaco y evaluar las tendencias en el consumo de drogas, alcohol y tabaco en una muestra representativa de la población urbana del país (Tapia-Conyer, 1998).

Estas encuestas tienen un enfoque epidemiológico a través del que se estudia la frecuencia u ocurrencia (prevalencia) de los problemas de salud comunitarios, su extensión y distribución (García, 1988). El análisis epidemiológico es adecuado para destacar las prevalencias del consumo en nuestro país y las reflexiones que pueden hacerse gracias a esto contribuyen a comprender mejor algunas características o factores de riesgo que están ligados directa o indirectamente al consumo de drogas.

En la ENA de 1993 se encontró que en la población urbana de 12 a 65 años el 3.90% ha consumido alguna vez en la vida drogas ilegales, de los cuales el 7.32% son hombres y el 0.76% mujeres. Mientras que los datos de la ENA de 1998 nos muestran que la prevalencia es de 5.27% lo que equivale aproximadamente a 2 y medio millones de personas, con 11.09% en hombres y 0.87% en mujeres. En conjunto, los estudios entre la población general muestran que los varones usan más que las mujeres las drogas ilegales.

Las regiones Norte y Centro del país presentaron prevalencias similares en el consumo de drogas alguna vez en la vida (6% y 5.97%, respectivamente) y algo superiores al promedio nacional (5.27%). En Ciudad Juárez (9.20%), casi se duplica el promedio nacional.

Entre la población mexicana, la heroína ocupa el quinto lugar de importancia después de los alucinógenos entre las drogas ilegales, con una prevalencia de 0.09% (mujeres 0.00%, hombres 0.21%), con un mayor consumo entre los hombres de 35 a 65 años (0.26%) y entre las mujeres de 12 a 17 años (0.01%). Presentando registros importantes de crecimiento a nivel nacional al comparar los resultados entre los años de 1993 - 1998. Se observa un aumento en la prevalencia de los sujetos que reportan haber usado esta droga, por lo menos una vez en la vida es de 0.07% - 0.09% respectivamente (Cravioto, Medina-Mora, 1998).

En México, las encuestas en población estudiantil, se realizan a partir de 1996 por el IMP y la Secretaría de Educación Pública (SEP), entre la población estudiantil de enseñanza media y media superior, lo que corresponde a las escuelas secundarias, preparatorias y técnicas a las que asisten jóvenes principalmente entre los 12 y 19 años de edad, con el objetivo de conocer las cifras de prevalencia y los subgrupos de la población más afectados por el consumo de drogas, así como proporcionar las bases para el desarrollo y evaluación de los programas de prevención del sector educativo (Cravioto, Medina-Mora, 1998).

Hasta el momento se han realizado tres encuestas nacionales, (1976, 1986 y 1991) y también se han realizado estudios específicos en la Ciudad de México de 1976 a 1997, mediante encuestas cada dos o tres años durante este periodo. Los resultados de las encuestas estudiantiles, también marcan incrementos en el consumo de heroína. Presentado una primera etapa entre 1976 y 1986 en la Región Norte un aumento leve (0.2% a 0.5%) entre la prevalencia de los estudiantes que reportaron haberla usado alguna vez en la vida, alcanzando en 1997 un 0.08% a nivel nacional en el consumo del último mes (varones 0.11% y de 0.04% mujeres) hacen evidente una vez más, la forma en que está incrementando el consumo. (Cravioto, Medina-Mora, 1998).

La Dirección General de Epidemiología (DGE) de la SSA es responsable del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), el cual se desarrolla actualmente en 20 ciudades de la República. El SISVEA se encarga de recopilar y analizar la información de los registros de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y de los Organismos No Gubernamentales (ONG), de los cuales reporta anualmente diversos indicadores del consumo de drogas y de los problemas de salud y sociales relacionados.

En los 74 ONG que reportan al SISVEA, entre 1994 y 1996 la marihuana se reportaba como la droga principal de inicio, seguida por los inhalables. Sin embargo, a partir de 1994 se comienza a percibir a la heroína como droga de inicio entre las personas que asisten a solicitar atención, lo cual mantuvo un aumento significativo que pone a la heroína en primer lugar en 1997 como droga de inicio y droga actual de consumo.

En la frontera norte del país se puede percibir un aumento considerable en el consumo de heroína, en 1994 como droga de inicio la heroína presentaba un 3.6% el cual incrementa alarmantemente en 1997 a 46.5% y como droga actual de 4.6% a 39.5% de los casos respectivamente.

Entre estos mismos años (1994 - 1997) se observó que de más de mil sujetos que fueron atendidos y reportaron a la heroína como droga de inicio el 64% no usaban otra droga. Los demás usaban como segunda droga la cocaína seguida por la marihuana, alcohol y cristal. Y de los que consumieron una

segunda droga casi la mitad eligen una tercera. entre las favoritas se encuentra la marihuana seguida de la cocaína, los tranquilizantes y el alcohol.

Una de las consecuencias que tiene el uso de drogas intravenosas, es la transmisión de enfermedades como el VIH/SIDA. En México de todos los casos reportados entre 1983 y 1998, el 0.66% fueron usuarios de drogas inyectadas, y un 0.63% también tenía practicas homosexuales. La mayoría son hombres (92%) entre 25 y 34 años.

En relación de los sistemas de justicia el SISVEA reporta los casos de los Consejos Tutelares de Menores, los cuales se encargan de los menores de 18 años que han cometido algún ilícito. Los niños y jóvenes registrados en las ciudades SISVEA en su mayoría son varones (92%) y el 74% tienen entre 15 y 17 años de los cuales la tercera parte cuentan con estudios de primaria, la cuarta parte con secundaria incompleta, mientras un tercio de ellos realizan actividades laborales de subempleo. (Cravioto, Medina-Mora, 1998).

Entre 1994 y 1997 la mayoría de los jóvenes detenidos reportan entre el uso de drogas a la marihuana en primer lugar, seguida por los inhalables y la cocaína. Para 1998 de 6,228 jóvenes detenido 52 (0.8%) usaron heroína, de los cuales la mayoría eran hombres (88.2%), con escolaridad básica, de los cuales el 42% tenían un empleo informal; el 62% de ellos tenían tatuajes y 21% pertenecían a alguna banda o pandilla. Y más de la mitad (60%) fueron detenidos al cometer el delito bajo la influencia del consumo de la droga y el delito más cometido fue el robo (SISVEA, 1998).

Los Servicios Médicos Forenses (SEMEFO), son los encargados de realizar necropsias en las muertes ocurridas por causas externas para determinar alguna relación con diversos ilícitos y establecer la presencia de sustancias psicoactivas en las víctimas. En las ciudades del SISVEA, 1997 los SEMEFO reportaron 5,667 muertes de las cuales el 26.4% presentaron algún tipo de droga, siendo el alcohol la principal droga reportada. En los casos donde se encontró marihuana la muerte fue por herida de arma de fuego. En relación de la heroína en 1998, se reportaron 9 muertes de hombres la mayoría entre los 40 años (33%), en estos casos la causa de muerte en el 50% de los casos fue por sobredosis. En un tercio de ellos el deceso ocurrió en la calle y el 25 % en su casa (SISVEA, 1998).

VII ANTECEDENTES DE REHABILITACIÓN DE ADICTOS A HEROÍNA

VII.1 Investigaciones previas realizadas en México.

Diversas investigaciones en México realizadas por la SSA y los CIJ principalmente, han demostrado la efectividad de los programas de tratamiento que se enfocan directamente al individuo enfermo y que manejan a éste en forma íntegra. Asimismo, trabajos de investigación realizados por el Instituto de Psiquiatría y los CIJ mostraron que a partir de 1972 se incrementó la aparición de casos nuevos por año en lo que se refiere a la adicción de heroína.

Adicionalmente se observó que del 90 al 95 % de los casos de adicción a heroína el factor disponibilidad del fármaco es muy importante; esto se confirma por el hecho de que en México sólo existen adictos a heroína en zonas productoras de opio o en zonas que se utilizan como plataforma para el tráfico, o sea, en la frontera norte del país.

En 1983 se realizó un estudio por parte de CIJ en donde se encontró que el consumo de heroína tenía una relevancia que a nivel regional era importante, observándose la necesidad de estudiar el consumo de heroína como un fenómeno regional (fronterizo), con potencial de desarrollo extensivo.

En general, los resultados de investigaciones muestran que el problema de farmacodependencia en México está en incremento, sobre todo para el norte de la República y el centro del país, principalmente el Distrito Federal. Así también los resultados más recientes indican que existe una tendencia de inicio en el consumo de drogas a edades cada vez más tempranas. El tipo de usuario detectado más frecuentemente es experimental. Por otro lado, la Norma Oficial Mexicana para la prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, CONADIC/SSA (1998), señala que el problema de las adicciones en general se inserta en un contexto más amplio de salud pública.

VII.2 Diagnóstico del abuso de opiáceos.

Los criterios para el diagnóstico del abuso de opiáceos, publicados por el DSM-IV de la American Psychiatric Association (1996), son los siguientes:

- Patrón patológico de uso: Incapacidad para reducir o abandonar su uso; intoxicación a lo largo de todo el día; uso casi diario de opiáceos como mínimo durante un mes; episodios de sobre dosificación por opiáceos (intoxicación de tal gravedad que tanto la conciencia como la respiración se encuentran deterioradas).
- Deterioro de la actividad laboral o social debido al uso de opiáceos: por ejemplo, peleas, pérdida de amigos, faltas en el trabajo o la escuela, problemas legales (no sólo debido a la detención por tenencia, adquisición o venta de sustancias tóxicas).
- Duración de la alteración por un mes como mínimo.

En la información que recopila entre las 37 ciudades SISVEA para el indicador de centros de tratamiento, se encuentran registros de los CIJ y de otros centros de tratamiento, como grupos de ayuda mutua, considerados organismos no gubernamentales (ONG). Entre 1994 y 1997, la demanda de atención en el total de estos centros aumentó en un 80%; sin embargo, al considerar exclusivamente a los CIJ y ONG de las ciudades SISVEA ubicadas en la frontera norte de nuestro país, el incremento en ese período alcanza el 150%, lo que hace evidente que en esa zona existe una importante problemática de abuso en el consumo de drogas. (Cravioto y Medina – Mora, 1999)

Ante esto hay una gran variedad de opciones terapéuticas para la adicción a la heroína, entre las cuales se encuentran tanto medicamentos como terapias de conducta. La experiencia nos ha enseñado que combinar el tratamiento de medicamentos con otros servicios de apoyo al paciente hace posible que el toxicómano deje de usar la heroína (u otro opiáceo) y vuelva a una vida más estable y productiva.

VII.3 Sintomatología

El DSM – IV indica que la tolerancia y la dependencia física se desarrollan al mismo tiempo y para que se produzcan requieren fundamentalmente de la frecuencia de uso. Siendo el objetivo principal del usuario al usar la heroína el sentir la patada, se desarrolla rápidamente el aumento de la dosis. Lo que

repercute en las características y severidad del síndrome de abstinencia, ya que este depende de la dosis total por día, el intervalo entre cada dosis, la duración de uso, incluso la personalidad y el estado de salud del adicto. El síndrome de abstinencia o mañilla, como le dicen los adictos comúnmente, se caracteriza por los siguientes síntomas:

- ⊕ Bostezos
- ⊕ Ansiedad
- ⊕ Lagrimación
- ⊕ Rinorrea (escurrimiento nasal)
- ⊕ Diaforesis (sudoración intensa)
- ⊕ Midriasis (dilatación pupilar)
- ⊕ Piloerección (piel de gallina)
- ⊕ Anorexia (pérdida de apetito)
- ⊕ Temblores
- ⊕ Cólicos o espasmos intestinales
- ⊕ Vómito y diarrea
- ⊕ Insomnio
- ⊕ Náuseas
- ⊕ Eyaculación espontánea
- ⊕ Orgasmos
- ⊕ Estornudos
- ⊕ Escalofríos
- ⊕ Dolor lumbar y en extremidades
- ⊕ Hiperexcitabilidad
- ⊕ Fiebre
- ⊕ Aumento en la frecuencia cardíaca y respiratoria
- ⊕ Otros síntomas y alteraciones hematológicas

Con esto se puede comprender lo grave del síndrome y por lo tanto la importancia de su influencia como reforzador para que la persona continúe usando la heroína. Los síntomas que más reportan los usuarios son los dolores, el insomnio y la ansiedad. Este síndrome generalmente se mantiene durante un periodo de cinco a diez días.

VII.4 Personalidad del adicto

El ser humano es hedonista por naturaleza, es decir, busca placer y evade sufrimientos. A todos nos gusta sentir placer, paz mental y emocional, tranquilidad, felicidad, seguridad y constantemente, tendemos a su búsqueda. Esta búsqueda se logra mediante el aprendizaje de habilidades y el entrenamiento. Cuando esto no se da, las personas tienen mayor propensión a la adicción. Estas personas con potencial adictivo no han aprendido a satisfacer esa necesidad básica de realización personal, de paz mental y de bienestar emocional a través de métodos adaptativos. Es por esta razón que están especialmente vulnerables y pueden encontrar satisfacción de sus necesidades psicoemocionales en una elección patológica de objetos, sustancias o conductas que les brinda una experiencia de gratificación instantánea. Lo que las adicciones tienen en común es que responden inmediatamente con una relación perceptual de la realidad traducida en la respuesta fisiocemocional de variable intensidad. A través del proceso de desarrollo de esta personalidad adictiva, el adicto pierde cada vez más la parte

de su personalidad no adicta, racional y consciente de este proceso autodestructivo, perdiendo a su vez la capacidad de intervenir en dicho proceso generando distintas consecuencias tales como:

1. Descuido de relaciones íntimas.
2. Pérdida de la confianza en las personas de su entorno.
3. Se acostumbra a sobreponer sus necesidades ante la de los demás (pues el objeto no tiene necesidades individuales).
4. Se aísla y se distancia de la realidad social y familiar para proteger su adicción.
5. Confunde la intensidad del cambio producido con intimidación emocional.

En la adicción como proceso único de interacción con la realidad el adicto desarrolla una personalidad adictiva, hacia una serie de valores y una estructura de pensamiento adictivo encaminados a satisfacer necesidades emocionales a través de su relación con las drogas u otros objetos y conductas. Lic. Jorge Antonio Acosta

En el campo de la sexualidad los adictos creen haber descubierto en el sexo goces inimaginados por los "simples mortales". Además, es significativa la eroticidad que se desprende del vínculo del adicto con la droga. Frases tales como "inyectarse es un orgasmo", o "la preparación de la jeringa me excita", o "a veces sólo introducirme la aguja y moverla dentro de la vena es como una masturbación" dan cuenta de este fenómeno. La droga puede aparecer como un acompañamiento indispensable del acto sexual o, incluso, como un sustituto.

En su omnipotencia el adicto cree que nadie es capaz de sentir como él. Sin embargo, el desajuste emocional que padece no le permite ver que únicamente por medio de la droga puede sentir alguna clase de placer, sin ella afloran la inmadurez afectiva, las demandas desesperadas, la incapacidad de tolerar la frustración y la necesidad de satisfacciones inmediatas, se siente fracasado, intruso en la vida, rechazado y despreciado.

El adicto somete al cuerpo a increíbles flagelaciones, internas y externas. Pinchazos; inhalaciones tóxicas; ingestión de sustancias irritantes que dañan el aparato digestivo y le provocan vómitos y diarreas; fármacos que corren por la sangre, le alteran el ritmo respiratorio y cardíaco y le desquician la psiquis. Ese maltrato que es capaz de soportar a causa de la omnipotencia que le da la posesión de la droga, se tiñe de sentimientos ambivalentes que van del amor a la hostilidad, de la aceptación al repudio. En el comportamiento del adicto con respecto a la autoagresión, se puede observar una pasmosa indiferencia y desinterés hacia el propio cuerpo. Una vez consumada la mutilación, el joven parece asistir a una escena que le es ajena, ya que el cuerpo es mirado como si se tratara del cuerpo de otro.

Es necesario establecer la diferencia entre la actuación autoagresiva propiamente dicha y los intentos premeditados de actuación para obtener algo (amor, atención, límites). La experiencia de autoagresión en el adicto asume diversas manifestaciones, desde la ingesta de sustancias tóxicas y las laceraciones hasta distintos grados de afecciones psicosomáticas. Esto se debe al bajo nivel de tolerancia a la frustración con que cuentan estos individuos y también a la dificultad de organizar un espacio de espera. Cualquier demora o postergación del impulso genera una reacción motora de descarga, esto sucede en un estado de confusión de la conciencia, con pérdida parcial o total de los límites del yo y la emergencia de incontrolables ansiedades de carácter psicótico.

El rasgo común en la personalidad adicta es la impulsividad, las acciones no están dirigidas hacia la finalidad positiva de alcanzar un objetivo sino hacia la finalidad negativa de liberarse de la tensión. Lo que significa que la finalidad no es el placer sino la interrupción del dolor.

Otra característica significativa es la de estar dominado por una angustia de tal virulencia, que se produce el surgimiento de sentimientos patológicos insoportables. La inseguridad y el temor a ser destruido lo llevan a enfrentarse a una experiencia de muerte. La desolación que lo invade lo hace buscar desesperadamente el alivio que le proporciona la droga. Descubriendo que si bien la vida puede depararle experiencias gratificantes, la intensidad de las que no lo son resulta altamente destructiva para su autoestima. Esto lo lleva a pensar, a veces de manera inconsciente, que la vida no vale la pena de ser vivida. En la búsqueda de un ámbito de seguridad y protección el adicto advierte que la droga desplaza el dolor aunque sea por un momento efímero y le da un extraordinario sentimiento de consistencia. Un clima de paz, que se vive como paradisiaco, se adueña de su mente. Entre una y otra experiencia drogadicativa se manifiesta una vivencia de muerte. Paradójicamente, la drogadicción no significa otra cosa que buscar la muerte para escapar de la muerte. Es por eso que en muchos casos aparece el proyecto de suicidio. En este contexto, la muerte posee un doble significado. Por un lado implica aquello de lo que el adicto procura escapar, y al mismo tiempo hay un intento inconsciente de reconciliación con él mismo que se busca a través de la muerte. (Pablo Rossi)

Por otro lado, el Instituto Mexicano de Psiquiatría (1989) señala que las conductas y actitudes violentas del adicto como parte de su personalidad, no son resultado directo de los efectos farmacológicos. Se ha visto que sólo cuando su uso se mezcla con metanfetaminas o cocaína, sí puede presentar violencia. Así también, dado que estos usuarios viven en un continuo estado de alerta, con temor de que se les presente el síndrome de abstinencia, el cual está caracterizado como hemos visto anteriormente, por dolores intensos y fuerte, así como por diversas alteraciones, siempre están preocupados de que el dinero no les falte; además, continuamente temen ser descubiertos por las marcas físicas que deja su aplicación, lo que les hace evitar por cualquier motivo la atención médica.

CIJ (1998) indican que el consumo de sustancias psicoactivas como la heroína, frecuentemente coexiste con otros trastornos psiquiátricos, los cuales son designados con el término de comorbilidad psiquiátrica. Este término, en relación a las adicciones se refiere a la presencia simultánea de trastornos mentales con el abuso de sustancias psicoactivas.

VIII REHABILITACIÓN Y TRATAMIENTOS

VIII.1 Técnicas de Intervención

En la psicología, las técnicas de intervención son las herramientas que se utilizan para brindar ayuda al paciente que lo solicite. Vázquez (1996) señala que Kendall y Norton en 1988 dieron la siguiente definición sobre técnicas de investigación: "La intervención clínica consiste en aplicar los principios psicológicos para ayudar a las personas a superar sus problemas y llevar una vida más satisfactoria. Los psicólogos utilizan su conocimiento del funcionamiento humano y los sistemas sociales, en combinación con los resultados de su evaluación clínica, para encontrar la manera de ayudar a las personas a cambiar para mejorar".

Estos mismos autores explican que las razones básicas por las que se realizan las investigaciones son tres:

- ≡ **Mejoramiento.**- Ayudar a las personas a superar problemas que ya existen.
- ≡ **Prevención.**- Intentar anticiparse a los problemas antes de que se produzcan.
- ≡ **Superación.**- Ayudar a las personas a mejorar sus capacidades personales, y sus relaciones con el medio en que viven, a fin de mejorar su calidad de vida.

Asimismo, Vázquez (1996) señala que Kendall y Norton – Ford (1988) indican que el objetivo de la intervención psicoterapeuta es producir cambios benéficos en los sentimientos y en la conducta de la persona, cambios que la sociedad en general considera como terapéuticos.

También manifiesta Vázquez (1996) que las definiciones básicas de "terapia" en diferentes tendencias teóricas son con frecuencia muy similares y se enfocan a establecer que "terapia es ayudar a las personas a superar sus problemas personales y llevar una vida más madura y satisfactoria, debido a la aplicación de los principios psicológicos. Se trata de ayudar a que las personas logren un estilo de autodeterminación individual mediante un proceso educativo".

Las técnicas de investigación aplicadas a la práctica terapéutica con farmacodependientes van enfocadas en su objetivo a buscar el mejoramiento del adicto, a fin de llevarlo a una vida libre de drogas y de todas las concomitantes que van alrededor del farmacodependiente.

En relación a la práctica terapéutica con farmacodependientes a heroína, los esfuerzos y polémicas que se han desarrollado son múltiples, sin que a la fecha se pueda considerar que se ha llegado al final de la búsqueda de la terapia (física y/o psicológica) que garantice el éxito (CIJ, 1989).

Goldman (1989) indica que el médico y el psicólogo deben reconocer que la adicción es una posible enfermedad crónica recidivante con consecuencias potencialmente mortales, pero que es posible la recuperación. CIJ (1998) señala que desde un enfoque médico, la adicción se considera como un fenómeno multicausal en sus orígenes, complejo en su desarrollo y de difícil solución.

La mayor parte de las estrategias de tratamiento son de naturaleza psicosocial y consisten en terapéutica familiar, grupal, y psicoterapia individual, según lo señala Goldman (1989). Las que han tenido más éxito consisten en participación en grupos no médicos de autoayuda como Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos. El tratamiento residencial es el que se ha convertido en el más típico, en una comunidad estructurada de autoayuda para la modificación de la conducta.

Paralelo o independiente a la intervención terapéutica, en algunos farmacodependientes se puede administrar un programa de sostén farmacológico, por ejemplo, con metadona y más recientemente, a partir de noviembre de 1994, con Naltrexone. (Goldman, 1989).

VIII.2 La Psicoterapia

Psicoterapia es cualquier técnica psicológica destinada a facilitar cambios positivos en la personalidad, el comportamiento o el ajuste de un individuo. Los psicoterapeutas disponen de una gran variedad de métodos: el psicoanálisis, la desensibilización, la terapia primordial, la gestaltica, la logoterapia, la rogeliana, la de la realidad, el análisis transaccional, la modificación del comportamiento, entre otras.

Los problemas psicológicos son complejos, por lo que el mejor método para una persona o problema en particular no siempre lo es para otros casos. Además, las psicoterapias varían considerablemente en cuanto a sus características intrínsecas.

- Terapias de comprensión: Favorecen el análisis profundo de las suposiciones, las creencias, las emociones y los conflictos implícitos en un problema.
- Terapias de acción: Se centran directamente en modificar los hábitos y los comportamientos problemáticos.
- Terapias directivas: El terapeuta guía al cliente mediante el ofrecimiento de instrucciones, interpretaciones, soluciones e incluso decisiones importantes.
- Métodos no directivos: Dejan la responsabilidad del curso de la terapia en manos del cliente. En estos casos, es al cliente a quien corresponde descubrir sus propias soluciones.
- Terapias individuales: Se establece una relación unívoca entre el terapeuta y el cliente.
- Terapia de grupo: Los problemas individuales se solucionan utilizando las características especiales que ofrece una situación de grupo.

La psicoterapia no se ha establecido tan sólo como una manera de solucionar un problema psicológico profundo o una crisis inmediata, ya que algunas terapias se han diseñado para fomentar el desarrollo y la realización personal de individuos que se desempeñan con normalidad y eficacia.

VIII.3 Marco de la Psicoterapia

La American Psychological Association - APA (1996) utiliza la clasificación que hace Abraham Maslow (1950's) de los diversos modelos terapéuticos de psicología y que a la fecha se sigue considerando. La APA divide el conjunto de modelos terapéuticos en tres "fuerzas", que son las siguientes:

Primera fuerza: Conductismo y cognoscitivismo

- Conductismo Clásico.
Pavlov
- Condicionamiento Operante.
Skinner

Wolpe

Bandura

Edward L. Thorndike

John Watson

Clark Leonard Hull

John Dollard y Neal. E. Miller: Teoría del aprendizaje conductual de la personalidad y psicoterapia

George A. Kelly

- Terapia Cognitiva.

Jean Piaget: Conductismo - cognositivista

Albert Ellis: Terapia racional - emotiva (RET)

William Glasser: Terapia de la realidad

Carter J. Narramore B.: Psicoterapia Cristiana

Segunda fuerza: Psicoterapia psicoanalítica: Surge fuera del psicoanálisis freudiano.

Alfred Adler

Erick Erikson

Erick Fromm

Karen Home

Carl Jung

Malanie Klein

Otto Rank

Harry Sullivan

Tercera fuerza: Humanismo:

- Terapia Existencial y Fenomenológica:

Rollo May

Ludwig Binswanger

Medrad Boss

Viktor Frankl

- Terapias Existenciales orientadas a la relación:

Carls Rogers: Terapia centrada en la persona

Fritz Perls: Terapia Gestalt

Eric Bermne: Análisis transaccional

Wilhem Reich: Bioenergéticos

Virginia Satin: Terapia familiar

Richard Bandler y John Grinder: Programación Neurolingüística

Nueva Era

Desarrollo organizacional

Después de describir los diversos modelos terapéuticos englobados en esta clasificación y de acuerdo con Wolberg (1977) y a Castañedo (1990), el nivel de efectividad de un método de psicoterapia frente a otros, no depende de la técnica que se utilice, ni en lo que los pacientes digan, sino en cómo dicen lo que dicen, tanto terapeuta como paciente.

VII.4 Marco Teórico de los modelos terapéuticos

Con todo el análisis anterior y tomando como marco de referencia la clasificación de tratamientos que señala la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, CONADIC -SSA (1998), los modelos de intervención utilizados en las Instituciones donde se realizó este estudio, son los siguientes:

Cada uno de estos modelos de Tratamiento es definido por la Norma Oficial (1998):

Modelo profesional clínico.- Debe de estar manejado por un grupo interdisciplinario de especialistas en el área de la salud y ofrecer diferentes servicios de atención, tales como: consulta externa, atención a urgencias, hospitalización, manejo y seguimiento de casos en unidades de atención especializada para tratamiento de adicciones.

Modelo de Auto Ayuda.- Es una agrupación sin fines de lucro, constituida generalmente como Asociación Civil e integrada por ex drogaditos y adictos que se encuentran en recuperación por el consumo de algún tipo de sustancias psicoactivas y que tienen como propósito fundamental apoyar al usuario compartiendo su experiencia y fortaleza para resolver su problema en común.

VII.5 Tratamientos de atención en México

El tratamiento de farmacodependientes a heroína, morfina y opio hasta antes de 1965 fue institucional y enfatizado a la total abstinencia. A partir de 1965 se inició el tratamiento con metadona, ideado por Doley Nyswander (CIJ,1989).

Sin embargo, el objetivo del tratamiento no se logró, pues la adquisición del estado libre de drogas no pudo ocurrir mediante la metadona. Aunque si se logró reducir varios de los síntomas, tales como:

- o El deseo vehemente por la heroína
- o Bloquear los efectos de la heroína
- o Reducir el uso de heroína
- o Rehabilitación social medida con base al incremento de empleos legítimos y disminución de la conducta criminal
- o Dependencia continua de la metadona, la cual se llegó a clasificar posteriormente como narcótico, esto al hallarse que la metadona puede ser substituida por morfina, cuya dependencia continuada en el tratamiento es el criterio de éxito, como lo fue en un principio la heroína y en bloquear su acción eufórica.

En México el tratamiento de los consumidores crónicos de heroína surgió como una nueva necesidad de los servicios del sector salud, a partir del incremento en el número de los adictos percibido desde la década de 1970. Surgieron así diferentes modalidades de servicios, en los que se desarrollaban también diversos abordajes de tratamientos.

En relación a los servicios que actualmente se brindan a los usuarios, éstos varían de acuerdo con el periodo durante el cual el farmacodependiente permanece en las instalaciones. Dentro de estos servicios García Liñán (1990) en lista los siguientes:

1. Servicios de recepción, orientación y canalización: Son clínicas o unidades para el primer contacto con el farmacodependiente. En general, canalizan a los pacientes a las instituciones

especializadas, pero pueden también proporcionar atención de urgencias o crisis y servicios de ambulancia.

2. **Unidades de desintoxicación:** Pueden ser independientes o ser parte de una institución hospitalaria. La atención que brindan es breve, una semana en promedio, y en muy raras ocasiones se prolonga más de tres semanas. En estos servicios el personal médico vigila el desarrollo del síndrome de abstinencia u otro tipo de crisis.
3. **Servicios de internación:** En general se encuentran en instituciones hospitalarias, especialmente en las psiquiátricas, pero pueden ser independientes. En estos servicios no sólo se observa el desarrollo del síndrome de abstinencia, sino que se intenta modificar el patrón de vida del consumidor crónico, motivándolo a alejarse del uso de las drogas. Por lo general el paciente permanece internado en el hospital y recibe atención psicoterapéutica, así como algunas otras modalidades de terapia (ocupacional, recreativa, artística, etc.).
4. **Tratamiento de internación a largo plazo:** Puede tratarse de la internación en una instalación hospitalaria, en el caso de pacientes que hayan desarrollado trastornos psiquiátricos graves, o algún tipo de comunidad terapéutica.
5. **Centro de día o consulta externa:** Los pacientes que no requieren supervisión permanente pueden participar en estos programas. En los centros de día se les brindan actividades terapéuticas y educativas que les ocupan la jornada, pero regresan a pasar la noche a sus casas. La consulta externa se basa por lo general en psicoterapia individual o grupal, pero puede ir acompañada de algún otro tipo de actividad de apoyo educativo o de capacitación laboral, que de todos modos emplea menos horas diarias del paciente atendido que en los otros casos. Este tipo de tratamiento se proporciona, en el caso de los consumidores de heroína, en una etapa de transición, para los pacientes que han asistido a un programa de interacción y han sido dados de alta, pasando a un proceso de retorno a la comunidad.
6. **Centros comunitarios:** Representan otra manera de reforzar la rehabilitación del exconsumidor de heroína proporcionándole algún tipo de capacitación o educación mediante el cual se facilite su permanencia productiva en el medio social. En algunos se brindan diferentes tipos de psicoterapia u orientación vocacional, actividades recreativas o culturales de la comunidad y también con clubes de servicio o cámaras de comercio e industrias.

VIII.6 Modalidades de tratamiento en Ciudad Juárez, Chihuahua.

García Liñán (1990) considera que de la concepción que se tenga de lo que el consumo de heroína representa para el consumidor crónico y para la sociedad, surgen diferentes modalidades de tratamiento. Estas modalidades, que en un principio se concebían como opuestas, en la actualidad se brindan con frecuencia en forma conjunta, reconociendo tanto la falta de homogeneidad en la población consumidora de drogas, como la complementariedad de los factores etiológicos sobre los que es necesario incidir terapéuticamente.

De entre las técnicas de intervención para la farmacodependencia en México, han surgido desde finales de los años 70's diversos centros de tratamiento y rehabilitación de farmacodependencia, y además cada uno, con diversos métodos.

En Ciudad Juárez, los Centros de tratamiento se han organizado y han formado un grupo llamado **vertebración**, el cual tiene la finalidad de formar la unión de todos los centros de tratamiento de la ciudad para poder brindarle una mejor atención a las personas que tienen problemas de adicciones. Este grupo durante el periodo de la investigación contaba con la colaboración de 42 Centros de Tratamiento registrados los cuales se dividen en:

1 Centro de Integración Juvenil (CIJ)

41 centros no gubernamentales, los cuales se dividen en:

1 Clínica de metadona (rehabilitación por metadona)

1 Narcóticos Anónimos (rehabilitación con el concepto de Alcohólicos Anónimo 12 pasos y 12 tradiciones)

1 Grupo compañeros (rehabilitación por acupuntura)

1 Centro católico (rehabilitación por religión)

37 Centros cristianos (rehabilitación por religión)

De los centros que participaron encontramos 3 tipos de tratamientos los cuales son:

VIII.6.1 Metadona

El método primario de abstinencia con asistencia médica consiste en hacer que el paciente use otra droga comparable que produce un síndrome de abstinencia más leve y en reducir después paulatinamente el medicamento sustituido hasta eliminarlo completamente. Para el tratamiento de la abstinencia de opiáceos, el medicamento que se usa con mayor frecuencia es la metadona, que se toma oralmente una vez al día. Los pacientes comienzan tomando la menor dosis que evite los síntomas más severos de la abstinencia y entonces la dosis se reduce poco a poco.

El paciente que no puede seguir absteniéndose de los opiáceos recibe terapia de mantenimiento, casi siempre metadona. La dosis de mantenimiento de metadona, generalmente es mayor que la usada para la abstinencia con asistencia médica, evita tanto los síntomas de abstinencia como las ansias de consumir heroína. También evita que el toxicómano experimente el estímulo de la heroína y, como resultado, el individuo para de usarla. La investigación ha demostrado que la terapia de mantenimiento reduce la propagación del SIDA en la población tratada. La mortalidad global también se reduce.

VIII.6.2 Acupuntura

La acupuntura es un sistema diagnóstico y terapéutico originado en China hace unos tres mil años. Y trabaja en teoría y práctica de la circulación de la energía y sus consecuencias en los seres vivos, inanimados y en el cosmos. Las consecuencias de la observación se sintetizan en dos leyes: la de polaridad de todos los fenómenos (Yin-Yang) y la de correspondencia funcional entre distintas expresiones de la realidad (Cinco Movimientos). La acupuntura práctica como sistema terapéutico es una aplicación concreta de estas leyes con el objetivo de regularizar y equilibrar la energía de los organismos vivos a través de la estimulación de puntos específicos que se encuentran en el trayecto de los meridianos o canales de energía.

Uno de los mecanismos de acción por el cual la acupuntura ayuda a los drogadictos es porque eleva los

niveles de Met-enkefalina y beta-endorfina en ambos, la sangre y el líquido cefalorraquídeo. También se sugiere que la acupuntura afecta en forma benéfica no sólo al sistema nervioso somatosensorial sino también al sistema nervioso autónomo, lo mismo que al sistema neuro-endócrino en los abusadores de drogas.

Algunos ensayos clínicos han demostrado científicamente que la acupuntura con estimulación eléctrica es un método no químico factible para la desintoxicación de los adictos a la heroína, con ciertas limitaciones particulares en los usuarios pesados. La acupuntura alivia los síntomas del síndrome de abstinencia, previene el deseo compulsivo por las drogas y aumenta la tasa de participación de los pacientes en programas de tratamiento a largo plazo. Se asume que la acupuntura en conjunto con otros programas de reducción de consumo de drogas puede hacer un impacto importante en la demanda ilícita por las drogas al alcanzar a este rango entero de pacientes.

VIII.6.3 Tratamiento de Auto Ayuda Cristiano Bíblico

El tratamiento que utilizan los centros cristianos esta apegado a lo señalado por la Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones CONADIC-SSA, (1998). Este modelo está clasificado en dicha Norma como Modelo de Auto Ayuda. Está constituido como Asociación Civil e integrada por exdrogadictos y adictos que se encuentran en recuperación por el consumo de algún tipo de sustancias psicoactivas y que tienen como propósito fundamental apoyar al usuario compartiendo su experiencia y fortaleza para resolver su problema en común.

El objetivo de este modelo es introducir al paciente en los principios bíblicos y cambiar su forma de pensar conforme a esos principios, de tal manera que sus actitudes y su comportamiento vaya mostrando cambios favorables. La lectura y reflexión de la Biblia será un apoyo básico en el proceso terapéutico, pues le llevará a actuar de acuerdo a lo que va entendiendo (2ª. Corintios 3:18 Por tanto, nosotros todos, mirando a cara descubierta como un espejo la gloria del Señor, somos transformados poco a poco, en la misma imagen, como por el espíritu del Señor).

IX. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

El incremento en el consumo de drogas ha dado lugar a la elaboración de numerosos programas e investigaciones, para tratar de comprender este fenómeno. Los resultados y publicaciones han aportado datos muy interesantes, pero la mayoría no son de nuestro país o son generales y no específicos de las comunidades que padecen de forma más alarmante este problema. Las investigaciones que se han realizado en México, muestran el indudable crecimiento que se ha dado en el consumo de heroína, como droga de inicio y de impacto principalmente en la frontera norte del país.

Este aumento del consumo de heroína representa también un aumento en las necesidades de atenciones de la comunidad afectada, generando una mayor demanda de servicios de tratamiento.

Son diversas las razones que orillan a una persona a consumir drogas, al igual son varias las razones que pueden lograr que el usuario de drogas decida recibir tratamiento y cuando esto sucede es primordial que cuando la persona demande tratamiento, el Centro le ofrezca lo que realmente necesita para lograr su recuperación.

Como un intento de dar atención a esta demanda y necesidad, o al menos contribuir para resolver tan grave problema, han surgido organismos gubernamentales y no gubernamentales como una forma de respuesta. Cada uno ofrece diversas alternativas para la rehabilitación, basadas en experiencias propias, religiosas, medicas y de otros países o regiones, generando una amplia gama de alternativas, entre las cuales a veces la persona con adicción no encuentra lo necesario para solucionar su problemática, debido a que los programas no están diseñados para la problemática de la población de esa comunidad en especial.

Lo que hace necesario abordar el fenómeno desde una perspectiva amplia que permita considerar las múltiples interacciones que surgen entre la droga, el individuo que la consume y el medio ambiente. Por lo que es importante no olvidar que este problema adopta características propias en cada país, ciudad y comunidad.

Con base a lo anterior es importante identificar el perfil de los usuarios de heroína dentro de su propio ambiente, conocer su patrón de consumo, identificar su grado de adicción para lograr un mejor conocimiento de su problemática lo cual dará la opción de crear y llevar a cabo programas preventivos y de tratamiento que se adapten a sus necesidades y problemáticas reales. Para ayudar a evitar que el uso y abuso de sustancias adictivas continúe en aumento, es necesario primero contar con investigaciones de tipo exploratorias que aporten un panorama real del fenómeno. Por lo tanto esta investigación se realizó con el fin de obtener información que permita conocer la siguiente interrogante:

¿Cuál es el perfil de los usuarios fuertes de heroína mayores de 18 años, residentes de Ciudad Juárez Chihuahua que recibieron tratamiento en las ONG's de esta ciudad en el año 2000?

X. JUSTIFICACIÓN

La importancia de la salud está reconocida desde la definición de la OMS que dice: "Salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". (Ministerio de Salud, 1994)

La farmacodependencia es un síntoma y un signo de un trastorno social y como tal se encuentra multideterminado por factores biológicos, psicológicos, culturales, económicos, políticos, religiosos, raciales, etc. El hecho de que una persona consuma drogas, no solamente la afecta a ella, si no que esto tiene diversas consecuencias muchas veces graves en la familia y la misma sociedad. Cada droga tiene características propias, las consecuencias del consumo de algunas son más graves y rápidas que el consumo de otras. En el caso de la heroína en los resultados de las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas en 1988, 1993 y 1998, se encuentra un mayor consumo sobre todo en la frontera norte del país siendo la droga de mayor consumo. Al igual los Sistemas de Registro de Información de México (El SRID del IMP y el SISVEA de la DGE/SSA), han reportado este crecimiento.

En el caso de la información que es proporcionada por las ciudades SISVEA de la frontera norte del país hay evidencias de un aumento considerable en el consumo de heroína; la información proporcionada al Sistema por los ONG: se refiere a esta droga ocupando el primer lugar como droga de inicio y actual en 1997. Registrando un aumento acelerado entre 1994 y 1997, al pasar, como droga de inicio de 3.6% a 46.5%, y como droga actual de 4.6% a 39.5% de los casos. (Rosovsky, Cravioto y Medina – Mora, 1999)

Como consecuencia del incremento del consumo de drogas se genera una mayor demanda de tratamiento. Ante esto se observó que entre los años de 1994 y 1997 en las 37 ciudades SISVEA, entre los CIJ y los grupos de ayuda mutua, considerados organismos no gubernamentales (ONG), la demanda de atención aumentó en un 80%. Sin embargo, al considerar exclusivamente a los CIJ y ONG de las ciudades SISVEA ubicadas en la frontera norte de nuestro país, el incremento en ese periodo alcanza el 150%, lo que hace evidente que en esa zona existe una importante problemática de abuso en el consumo de drogas. (Rosovsky, Cravioto y Medina – Mora, 1999). Con esto podemos observar la importancia de los centros de tratamiento ante esta situación, ya que al ser tan necesario y urgente dar opciones que permitan dar solución y atención a esta situación surge una gran cantidad de ONG, las cuales a diferencia de CIJ no perciben soporte económico ni profesional por parte del gobierno, por lo que ellos deben de buscar sus propios recursos y métodos de tratamiento y programas de atención de los cuales la mayor parte es adoptada de diferentes comunidades o países. En Ciudad Juárez se cuenta principalmente con los centros de auto ayuda los cuales siguen un modelo cristiano bíblico, con una clínica de metadona y la atención por acupuntura, desgraciadamente estos centros no pueden cumplir adecuadamente con su finalidad ya que tienen diversas limitaciones.

José E. Suárez, (1989), señala que el fracaso de los programas es determinado por varios factores: 1) Falta de conocimiento del problema. 2) Falta de conocimiento de la comunidad en donde se genera el problema. 3) Falta de implementación de programas propios. 4) Estandarización de programas sin respetar culturas, razas, credos, recursos, posibilidades y la individualidad de las personas. 5) Por la imitación de programas que incluso el mismo paso del tiempo ha demostrado su inoperatividad. 6) La duplicidad de funciones y esfuerzos.

El hecho de que una sociedad no necesita solamente crear centros de tratamiento con programas que han funcionado en otros lados, sino que necesita adecuar o crear programas que respondan a las

necesidades y problemáticas reales de su población, surge la propuesta de investigar el perfil del usuario de heroína que demanda tratamiento en las ONG de Ciudad Juárez, Chihuahua. Con lo que se pretende describir quienes y como son, sus patrones de consumo y su grado de adicción.

Con la finalidad de contribuir con nuevos conocimientos específicos de esta zona de alto riesgo, que puedan utilizarse para apoyar los actuales programas de prevención, tratamiento y rehabilitación.

XI. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

XI.1 General:

El objetivo principal de este estudio es conocer el perfil, de los usuarios fuertes de heroína mayores de 18 años que recibieron tratamiento en las ONG de Ciudad Juárez Chihuahua en el año 2000. Los datos presentados van a proveer cierta información que servirá para apoyar a los programas de prevención y tratamiento principalmente de esta ciudad.

XI.2 Específicos:

- Identificar la prevalencia de usuarios de heroína entre los individuos que demandan tratamiento.
- Identificar la prevalencia de usuarios fuertes de heroína entre los individuos que reportan el uso de heroína.
- Analizar las características sociodemográficas de los usuarios fuertes de heroína.
- Determinar el grado de dependencia de los usuarios fuertes de heroína.
- Describir el desarrollo de la carrera de consumo de la heroína:
 - ✗ Primer consumo
 - ✗ Inicio del consumo regular
 - ✗ Patrón de consumo
- Identificar los problemas de salud que han presentado en los últimos 5 años, mediante un auto reporte
- Identificar la demanda a tratamiento por los usuarios fuertes de heroína en los últimos 5 años
- Identificar el número de contactos que han tenido los usuarios fuertes de heroína con las instituciones de Justicia (Barandilla y CERESO), en los últimos 5 años

XII VARIABLES DE ESTUDIO.

Para lograr los objetivos de este estudio, se tomaron en cuenta las siguientes variables:

Variables relacionadas con el consumo de drogas

Drogas consumidas

Definición Conceptual y Operacional:

Historial de las drogas que el sujeto ha consumido alguna vez en la vida, en los últimos 6 meses y últimos 30 días.

Indicadores:

Mariguana

Cocaína

Speed ball

Alucinógenos

Inhalables

Heroína

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Vía de administración

Definición Conceptual y Operacional:

Forma de administración de cada droga que se ha consumido

Indicadores:

Fumada

Inyectada

Inhalada

Untada en mucosas

Aspirada por la nariz

Tomada o tragada

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Variables relacionadas con el primer consumo de heroína

Edad de inicio en el consumo de heroína

Definición Conceptual y Operacional:

Es el periodo transcurrido en años entre la fecha de nacimiento y el momento en el que se consumió por primera vez heroína.

Indicadores:

Edad reportada en años

Escala de medición: Cuantitativa Discreta.

Vía de administración de la primera vez

Definición Conceptual y Operacional:

Forma en la que se administró la heroína por primera vez

Indicadores:

Fumada

Inyectada

Inhalada

Otra

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Lugar donde consumió por primera vez la heroína

Definición Conceptual y Operacional:

País y estado donde se consumió por primera vez heroína

Indicadores:

Estado

País

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Edad en la que se inyectó por primera vez heroína

Definición conceptual y Operacional:

Es el período de tiempo transcurrido entre la fecha de nacimiento y el momento en el que se administró por primera vez la heroína inyectada

Indicadores:

Edad reportada en años

Escala de medición: Cuantitativa Discreta.

Primer proveedor de la inyección

Definición Conceptual y Operacional:

Persona que aplicó la primera inyección de heroína

Indicadores:

Amigo(a)

Novio(a)

Conocido(a)

Hermano(a)

Padres

Solo

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Variables relacionadas con el uso regular de heroína

Edad de inicio del uso fuerte de heroína

Definición Conceptual y Operacional:

Es el período en años transcurrido entre la fecha de nacimiento y el momento en el que se comienza a usar la heroína de forma regular.

Indicadores:

Edad reportada en años

Escala de medición: Cuantitativa discreta.

Días de consumo en el último mes

Definición Conceptual y Operacional:

Cantidad de días en que consumió heroína durante el último mes de consumo o previo a la entrevista

Indicadores:

Número de días reportados

Escala de medición: Cuantitativa Discreta.

Vía de administración

Definición Conceptual y Operacional:

Forma en la que se administró la heroína durante los dos últimos meses

Indicadores:

Fumada

Inyectada

Inhalada

Otra

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Inyecciones administradas

Definición Conceptual y Operacional:

Número de inyecciones diarias de heroína durante los dos últimos meses

Indicadores:

Número de inyecciones reportadas

Escala de medición: Cuantitativa Discreta.

Combinación con otras drogas

Definición Conceptual y Operacional:

Consumo de otras drogas además de la heroína

Indicadores:

Mariguana

Cocaína

Pastillas

Alucinógenos

Inhalables

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Mezcla con otras drogas

Definición Conceptual:

Mezclar la heroína con otras drogas al momento de administrarla

Definición Operacional:

Sí

No

Escala de medición: Cualitativa Nominal Dicotómica.

Drogas para la mezcla

Definición Conceptual y Operacional:

Drogas con las que se mezcla la heroína

Indicadores:

Mariguana

Cocaína

Pastillas

Alucinógenos

Inhalables

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Obtención de la droga

Definición Conceptual y Operacional:

Forma en la que ha conseguido la heroína en los dos últimos meses

Indicadores:

Comprada

Regalada

Vende droga

Intercambio por objetos

Intercambio por sexo

Otra

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Obtención de dinero

Definición Conceptual y Operacional:

Forma en la que se consigue el dinero para obtener la heroína en los dos últimos meses

Indicadores:

Por su trabajo

Pide dinero prestado

Pide dinero en la calle

Vende drogas

Vende algo

Roba

Prostitución (sexo)

Otra

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Gasto

Definición Conceptual y Operacional:

Cantidad de dinero que se ha gastado para comprar heroína en los dos últimos meses

Indicadores:

Cantidad en pesos mexicanos

Escala de medición: Cuantitativa Continua.

Variables de riesgos para la salud

Compartir instrumentos o utensilios

Definición Conceptual y Operacional:

Se considera cuando los usuarios comparten con otras personas las jeringas y agujas con las que se administran la heroína y/o los utensilios donde la preparan

Indicadores:

Sí

No

Escala de medición: Cualitativa Nominal Dicotómica.

Persona(s)

Definición Conceptual y Operacional:

Personas con las que los usuarios comparten las jeringas y agujas con las que se administran la heroína y/o los utensilios donde la preparan

Indicadores:

Parientes

Esposo(a) o pareja

Amigos cercanos

Conocidos

Compañeros de trabajo

Vecinos

Otros

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Limpieza de los instrumentos o utensilios

Definición Conceptual y Operacional:

Los consumidores limpian las jeringas y agujas con las que se administran la heroína y/o los utensilios donde la preparan antes de usarlos

Indicadores:

Sí

No

Escala de medición: Cualitativa Nominal Dicotómica.

Materiales para la limpieza de los instrumentos o utensilios

Definición Conceptual y Operacional:

Materiales utilizados por los consumidores para limpiar las jeringas y agujas con las que se administran la heroína y/o los utensilios donde la preparan

Indicadores:

Agua y jabón

Cloro y agua

Trapo o papel

Alcohol o desinfectante

Otro

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Auto reporte de salud

Definición Conceptual y Operacional:

El usuario reporta si se le ha diagnosticado o él cree padecer o haber padecido algún problema de salud

Indicadores:

Diabetes

Riñón

Hígado

Presión alta

Corazón

Enfermedades de transmisión sexual

Abscesos por picarse las venas

Hepatitis

VIH/SIDA

Tuberculosis

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Variables relacionadas a la dependencia

Síntomas de la dependencia

Definición Conceptual y Operacional:

El usuario presenta alguno de los criterios para la dependencia de sustancias marcados por el DSM-IV.

Indicadores:

Tolerancia

Compulsión

Dificultad de control

Abstinencia

Negligencia

Persistencia

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Grado de dependencia

Definición Conceptual y Operacional:

Intensidad de la dependencia presentada por los usuarios de heroína

Indicadores:

Leve

Moderado

Severo

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politémica.

Tipo de dependencia

Definición Conceptual y Operacional:

Condición fisiológica en la que se encuentra el usuario respecto a su consumo de heroína

Indicadores:

Física

No física

Escala de medición: Cualitativa Nominal Dicotómica.

Variables de contactos

Contacto con Centros de Tratamiento

Definición Conceptual y Operacional:

Número de ocasiones en que se ha asistido a recibir tratamiento por el consumo de drogas, en los últimos 5 años en Ciudad Juárez

Indicadores:

Cantidades referidas

Escala de medición: Cuantitativa Discreta.

Tipo de Programa

Definición Conceptual y Operacional:

Programas de tratamiento que ofrecen los Centros a los que se acudió para recibir tratamiento para el consumo de drogas, en los últimos 5 años

Indicadores:

Sueros y relajantes

Desintoxicación

Grupo de apoyo

Tratamiento médico y psicológico

Cristoterapia

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politómica.

Tiempo de permanencia en el Tratamiento

Definición Conceptual y Operacional:

Es el promedio de tiempo en días de todas las ocasiones que ha permanecido el individuo en los Centros de Tratamiento para llevar a cabo su rehabilitación

Indicadores:

Cantidad referida

Escala de medición: Cuantitativa Continua.

Contactos con Barandilla

Definición Conceptual y Operacional:

Número de personas que han sido detenidas por cometer algún delito, en los últimos 5 años

Indicadores:

Cantidad referida

Escala de medición: Cualitativa Nominal Dicotómica.

Contactos con el CERESO

Definición Conceptual y Operacional:

Número de personas que han sido condenadas por cometer algún delito, en los últimos 5 años

Indicadores:

Cantidad reportada

Escala de medición: Cuantitativa Nominal Dicotómica.

Variables sociodemográficas**Edad cronológica**

Definición Conceptual y Operacional:

Es el periodo de tiempo en años transcurrido entre la fecha de nacimiento y el momento de la entrevista

Indicadores:

Edad reportada en años

Escala de medición: Cuantitativa Discreta.

Sexo

Definición Conceptual y Operacional:

Condición orgánica que distingue a las personas en hombres y mujeres

Indicadores:

Hombres

Mujeres

Escala de medición: Cualitativa Nominal Dicotómica.

Escolaridad

Definición Conceptual y Operacional:

Nivel de estudios acreditado en el sistema de enseñanza en México.

Indicadores:

Nunca ha asistido a la escuela

Primaria

Secundaria

Preparatoria

Universidad o Licenciatura

Posgrado

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politómica.

Estado civil

Definición Conceptual y Operacional:

Situación en relación con las leyes y costumbres matrimoniales del país

Definición:

Casado(a)

Unión Libre

Separado(a)

Divorciado(a)

Viudo(a)

Soltero(a)

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politómica.

Trabajo

Definición Conceptual y Operacional:

Trabajo con percepción de sueldo durante el mes anterior a la entrevista

Indicadores:

Si

No

Escala de medición: Cualitativa Nominal Dicotómica.

Trabajo en E.U.A.

Definición Conceptual y Operacional:

Ha trabajado en Estados Unidos de América

Indicadores:

Si

No

Escala de medición: Cualitativa Nominal Dicotómica.

Vida laboral

Definición Conceptual y Operacional:

Vida laboral que ha tenido en los últimos 5 años

Indicadores:

Estudio

Trabajo estable

Trabajo inestable

No trabajo

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politómica.

Procreación de hijos

Definición Conceptual y Operacional:

Número de hijos que tienen los sujetos

Indicadores:

Cantidad referida

Escala de medición: Cuantitativa Discreta.

Lugar de nacimiento

Definición Conceptual y Operacional:

País y estado donde nacieron los sujetos

Indicadores:

Estado

País

Escala de medición: Cualitativa Nominal Politómica.

Uso de tatuajes

Definición Conceptual y Operacional:

Uso de tatuajes en el cuerpo

Indicadores:

Sí

No

Escala de medición: Cualitativa Nominal Dicotómica.

XIII. METODOLOGÍA

XIII.1 Tipo de estudio

Se realizó un estudio epidemiológico transversal comparativo.

XIII.2 Muestreo

Se invitó a participar a todos los pacientes de ambos sexos que acudieron a solicitar ser admitidos en el tratamiento para farmacodependientes, en cada una de las 27 instituciones que aceptaron participar, de las 41 no gubernamentales que estaban registradas en ese momento en la ciudad.

De los que aceptaron participar se eligió aquellos que fueran mayores de 18 años, que tuvieran como mínimo 6 meses de vivir en Ciudad Juárez y que hubieran usado heroína durante los últimos 6 meses, 2 o más veces a la semana u 8 o más veces al mes, que corresponde a lo que se definió en este trabajo como "usuario fuerte de heroína".

XIII.3 Sujetos

El periodo de levantamiento se realizó del 24 de Julio al 10 de Noviembre del año 2000, se captaron 1245 admisiones a Tratamiento en los centros incluidos, de las cuales se pudieron entrevistar a 979 personas entre quienes a su vez 337 fueron usuarios fuertes de heroína (.

XIII.3.1 Criterios de Inclusión

- Aceptar participar por voluntad propia en la investigación
- Ser mayor de 18 años
- Tener una residencia en Ciudad Juárez mínima de 6 meses
- Haber usado heroína en los últimos 6 meses antes de la entrevista, 2 o más días a la semana u 8 o más días en uno de esos meses

XIII.3.2 Criterios de Exclusión

- Negarse a participar
- No encontrarse en el centro al momento de la entrevista
- Estar indispuesto por motivos de salud o por cumplir con labores del centro

XIII.4 Escenario

Los cuestionarios fueron aplicados dentro de las instalaciones de cada uno de los centro de tratamiento que participaron en el estudio.

Para realizar este estudio se invitó a participar a todos y cada uno de los centros, pero algunos no pudieron hacerlo por no atender usuarios de heroína. Participando únicamente 27 centros los cuales fueron:

1. Agua de vida
2. Agua viva mujeres
3. Agua viva la granja
4. Alcance victoria jóvenes
5. Alcance victoria madero
6. Alcance victoria San Antonio
7. Alcance victoria mujeres pipila
8. Alcance victoria Felipe Angeles
9. CECATA
10. Benito Juárez
11. Amor viviente
12. Clamor en el barrio
13. Gloria de Antioquia Plutarco
14. Clínica de metadona
15. Programa compañeros
16. Reto a la juventud
17. Vino trigo y aceite
18. Nuevo pacto
19. Casa libertad Bethel
20. Desafío juvenil
21. Monte de Dios
22. Gloria de Antioquia coliseo
23. Gloria de Antioquia alameda
24. Alcance victoria Guadalajara
25. Gloria de Antioquia antimonio
26. A Dios sea la gloria
27. Libres en Cristo

XIII.5 Descripción de los Instrumentos de recolección de la información

Para la recolección de la información de este estudio se utilizaron 2 cuestionarios, los cuales fueron estandarizados y aplicados a través de entrevistas directas, los cuales se encuentran en la Dirección General de Epidemiología en el área de Investigación y Evaluación .

Estos instrumentos fueron probados en un estudio piloto. Esta fase inició con la capacitación formal en el manejo de los cuestionarios y la logística del trabajo de campo. Dada la complejidad de los instrumentos de recolección era importante capacitar a todo el personal involucrado en este proceso. Esta etapa llevó aproximadamente dos semanas, hasta llegar propiamente a la prueba piloto, en donde los objetivos eran determinar si los instrumentos para la recolección de los datos estaban bien diseñados, comprobar los tiempos de aplicación, y la funcionalidad de los mismos, así como evaluar el trabajo de los entrevistadores y supervisores.

En el estudio piloto se levantó un total de 73 cuestionarios, de los cuales 18 no cumplieron con los criterios establecidos para seleccionar a los usuarios fuertes por lo que solamente se les aplicó el cuestionario de tamizaje, los 55 restantes fueron entrevistas completas.

Esta experiencia de aplicación permitió modificar los cuestionarios y así contar con una versión definitiva, que es la que se empleó para esta investigación.

XIII.5.1 Cuestionario de Tamizaje

El tamizaje fue un proceso breve que intentó explorar si existía un problema relacionado con el abuso de algunas sustancias. Este permitió identificar a los usuarios con las características necesarias para el estudio.

Este cuestionario se dividió en 7 secciones, las cuales contenían un total de 44 reactivos:

- I. Identificación del centro
 - Nombre del centro
 - Hora de inicio de la entrevista
- II. Invitación al estudio
 - Acepta participar
- III. Identificación del entrevistado
 - Nombre
 - Apodo
 - Fecha de nacimiento
 - Edad
 - Sexo
 - Lugar de residencia
 - Género
 - Consumo de drogas alguna vez en la vida
 - Consumo de heroína en los 6 últimos meses
 - Consumo fuerte o habitual de heroína
 - Escolaridad
 - Lugar de nacimiento
 - Residencia en Ciudad Juárez
 - Estado civil
 - Situación laboral en el mes previo
 - Consumo de drogas alguna vez en la vida, últimos 6 meses y últimos 30 días
 - Sección de dependencia
 - Uso de tatuajes
- IV. Resultado de la entrevista
 - Entrevista completa o incompleta
- V. Datos de la entrevista
 - Fecha de la entrevista
 - Hora de término de la entrevista

VI. Identificación del personal

- Nombre del entrevistador
- Nombre del supervisor

VII. Observaciones

Si la persona no cubría el perfil necesario, solamente se registraban algunas características (nombre, edad, sexo, fecha de nacimiento, lugar de residencia y género etc.).

XIII.5.2 Cuestionario de la carrera del usuario

Si el usuario cumplía con las características requeridas para el estudio, se procedía a aplicar el cuestionario de la carrera del usuario de heroína.

El cuestionario fue integrado por 103 reactivos entre los cuales se comprendían las siguientes áreas:

- ❖ Identificación del centro y del entrevistado
- ❖ Ocupación
- ❖ Relaciones personales
- ❖ Salud
- ❖ Primer uso de la heroína
- ❖ Uso regular de la heroína
- ❖ 5 últimos años de historia del uso de heroína
- ❖ Contactos con:
 - ❖ Centros de Tratamiento
 - ❖ Servicios de urgencias
 - ❖ Sistemas de justicia
 - ❖ Centros de justicia
 - ❖ Picaderos
- ❖ Fin de la entrevista

XIII.6 Procedimiento para la recolección de la información

El procedimiento que se siguió para la aplicación del instrumento se detalla a continuación:

En primer lugar era importante contactar con los responsables de los centros. Ante ésto se realizaron reuniones con el Programa "Vertebración", el cual está conformado por todos los representantes de los Centros de Tratamiento de Ciudad Juárez. Lo que permitió exponer los objetivos del estudio, explicarles la estrategia planeada para llevar a cabo el estudio con los usuarios de heroína.

Por otro lado, los representantes de los centros, explicaron en qué consisten sus tratamientos de desintoxicación y rehabilitación, así como su forma de trabajo y el número de sedes con las que cuentan cada uno de ellos, cabe señalar que gran parte de estos centros corresponden a agrupaciones religiosas. Esta reunión permitió lograr un gran interés por parte de los Centros para participar en el estudio.

La siguiente fase consistió en visitar uno por uno a todos los Centros de Tratamiento de Ciudad Juárez, en dicha visita se aclaraban todas sus dudas e inquietudes sobre lo que pretendía el estudio y en como participarían ellos en esta investigación, una vez que se respondía a sus preguntas y se confirmaba su participación en la investigación, se firmaba una carta de consentimiento en la cual se señalaban los días y horarios en los que podían recibir a los entrevistadores. De los 31 Centros de Tratamiento registrados, 27 de ellos aceptaron participar en el estudio, los demás centros no pudieron participar ya que entre la población que atienden no contaban con personas que consumirían heroína.

Al observar que no todos los centros llevaban un registro formal, para lograr una muestra representativa de estos centros de tratamiento, se optó por realizar un censo mensual de todas las personas que estuvieran en tratamiento en cada uno de los centros.

Para realizar este censo un trabajador de campo asistió mensualmente a todos los centros de tratamiento y de cada uno de los internos que estuvieran recibiendo tratamiento registraba en un formato los siguientes datos:

- ◆ Fecha de ingreso
- ◆ Nombre o Apodo
- ◆ Edad
- ◆ Sexo
- ◆ Lugar de nacimiento
- ◆ Lugar de residencia
- ◆ Tiempo en Cd. Juárez
- ◆ Tipo de drogas que ha usado en los últimos 6 meses
- ◆ Droga principal
 - ◇ Edad de inicio
 - ◇ Vía de administración
 - ◇ Frecuencia de consumo al día
 - ◇ Cantidad de consumo al día
- ◆ Fecha de egreso
- ◆ Tiempo de permanencia

Posteriormente con los datos que se obtuvieron de este censo se realizaron conglomerados geográficos para establecer las zonas de trabajo, dependiendo de la zona y el número de personas que se había registrado que se encontraban en tratamiento en cada centro. Con esto, fue posible diseñar la logística de campo para esta fase del estudio y con ello organizar junto con los supervisores de Ciudad Juárez, las visitas, horarios y número de entrevistadores que acudirían a cada centro.

Al momento de iniciar el levantamiento de datos en los Centros de tratamiento se llevó a cabo la siguiente estrategia.

- Se seleccionó a las personas que realizarían las entrevistas, para esto se optó por que todos fueran residentes de Ciudad Juárez, ya que ellos conocen bien la situación por la que pasa la ciudad, también se buscó formar un grupo integral que reuniera tanto a profesionistas como a personas que tuvieran experiencia entre la adicción y la investigación de ésta. El grupo se formó por un médico, trabajadoras sociales y la participación de exusuarios de drogas, los cuales dieron una gran aportación al estudio, desde una perspectiva personal ya que ellos vivieron en carne propia el uso de heroína. Este grupo se definía como el equipo de Juárez (los Juaritos).

- El éxito de toda investigación depende en gran parte de la capacitación de los entrevistadores y supervisores, por lo que estos fueron capacitados por el equipo de México (los de México) para la aplicación de los instrumentos, técnicas de entrevista, para el procedimiento a seguir dentro de los centros, así como para el manejo del material y los estímulos que se entregarían a los entrevistados. También se realizaron ejercicios con ejemplos de situaciones reales.
- De acuerdo a la ubicación geográfica de los centros se formaron rutas las cuales se asignaron a cada uno de los entrevistadores y se les dio un listado, con los centro de tratamiento que les correspondían visitar.
- Se entregaba a cada entrevistador su material correspondiente: cuestionarios de tamizaje, cuestionarios de historia de consumo, plumas, dulces y refrescos, los cuales se les daban a los sujetos que eran entrevistados.
- El supervisor debería asegurar vía telefónica o personalmente con el responsable de cada centro de tratamiento, el que se permita el acceso de los entrevistadores y las facilidades para la entrevista. Ya que muchas actividades de los centros de tratamiento se llevaban a cabo por las mañanas o en días específicos, por ejemplo, en los Centros Cristianos los miércoles de 9 a 12 hay servicios religiosos y los internos participan en ellos. En el caso de la clínica de Metadona las entrevistas debían realizarse principalmente por la mañana entre las 8 y 10 de la mañana, y así ocurren aspectos especiales que deberán de ser contemplados en cada centro.
- Una vez que llegaban los entrevistadores al lugar correspondiente realizaban un censo de las personas que estuvieran en tratamiento hasta ese día. Este censo se hacía en cada visita y se registraban los siguientes datos:
 - ❖ El nombre del centro
 - ❖ La sede
 - ❖ El nombre de los entrevistadores que realizaran el levantamiento de datos
 - ❖ Fecha
 - ❖ Nombre y apellido de la persona en tratamiento
 - ❖ Sexo
 - ❖ Edad
 - ❖ Fecha de ingreso
- El censo se realizaba por semana, pero se actualizaba en cada visita, siendo mínimo 3 visitas por semana.
- El entrevistador al llegar al centro lo primero que debía hacer, era el llenado del censo. Una vez que se concluía con este proceso, se iniciaba a realizar las entrevistas a las personas que se encontraban ahí. Para esto los encargados del centro llamaban a los internos y se iban canalizando con los entrevistadores.
- Y se les realizaba la entrevista de tamizaje, la cual permite identificar a los sujetos que cumplen con los requisitos de ingreso para el estudio. En caso de cumplir con estos requisitos se procedía a aplicar el cuestionario de historia de consumo.
- Posteriormente los entrevistadores marcaban en el censo, qué persona había sido entrevistada con el número de folio y el cuestionario correspondiente a cada persona y si alguna persona no se había

podido entrevistar también se registraba el motivo, con esto se estableció un control entre los entrevistadores de la gente entrevistada para evitar repeticiones o gente no entrevistada.

- Si al terminar el horario que tenían establecido los entrevistadores en ese centro, no habían terminado con todas las entrevistas, en la visita siguiente continuaban entrevistando a las personas que estaban registradas en el censo más los nuevos ingresos y así sucesivamente hasta terminar de entrevistar a todas las personas del censo.
- Se determinó entregar como incentivo, vales de despensas a los Centros de Tratamiento que participaron en el estudio y a las personas entrevistadas se les ofrecían refrescos.
- El procedimiento que se llevó a cabo con los datos después de que se realizaban las entrevistas fue el siguiente:
 - Todos los días al terminar su horario de trabajo en el centro correspondiente, los entrevistadores revisaban individualmente cada una de las entrevistas que realizaban. Esto con la finalidad de que las entrevistas estuvieran correctamente llenadas, y que no faltara información..
 - Posteriormente cada entrevistador le entregaba las entrevistas al supervisor, este revisaba nuevamente las entrevistas pero de una forma más minuciosa, asegurándose de que todas las preguntas estuvieran contestadas, que los años de referencia y la edad del individuo fueran correctas, que todos los pases se hubieran realizado adecuadamente. Los datos que no eran correctos o faltaban se marcaban con tinta verde lo que permitía identificarlos fácilmente. En el estos casos se reunía con el entrevistador para recuperar la información faltante y si era necesario se volvía a contactar al usuario para recuperar los datos. Posteriormente registraba las entrevistas, señalando si eran Tamizajes o Carreras de usuario, número de folio, fecha y el nombre del entrevistador que la realizó.
 - El siguiente paso era entregar los cuestionarios y la relación de los mismos al equipo de México, al cual le correspondía verificar que los cuestionarios que se entregaran realmente fueran los que estaban registrados. Después al llegar al D.F. los cuestionarios eran nuevamente revisados para detectar los errores que se estuvieran cometiendo tanto por parte de cada uno de los entrevistadores como del supervisor. Logrando con esta revisión la seguridad de que las entrevistas se estuvieran realizando adecuadamente. Esta revisión también permitía marcar los puntos importantes para la retroalimentación y capacitación de los entrevistadores y supervisor.
 - Asimismo, se mantuvieron reuniones periódicas entre el equipo de trabajo de Ciudad Juárez y el grupo de la ciudad de México, en donde se evaluaban los aspectos encontrados después de minuciosas revisiones de los cuestionarios para poder establecer una retroalimentación continua del trabajo realizado, el continuar con la calidad de los datos y mantener un trabajo armónico y de equipo de todos los participantes. Permitiendo estas reuniones mejorar los mecanismo de entrega de los cuestionarios, establecer las siguientes visitas a los centros e intercambiar opiniones, dudas, quejas, o dificultades que se hubieran presentando en transcurso del periodo de recolección de datos.
 - Lo que se hacía después era codificar los datos de los cuestionarios, para esto se elaboró un formato de codificación, el cual tenía la finalidad de disminuir el grado de error en la captura de los datos.

Para esto se capacitó a las personas que iban a realizar la codificación, dándoles a conocer y enseñándoles el llenado adecuado los cuestionarios.

- Al ser codificada la información de los cuestionarios, lo que proseguía era hacer la captura de los datos. Por lo que el objetivo de este proyecto fue desarrollar dos programas inteligentes los cuales permitieran la captura de información de los instrumentos de Tamizaje y Carrera del usuario, para esto se utilizó la herramienta de desarrollo y manejador de bases de datos relacionales "Visual Fox Pro" versión 5.0. La plataforma de sistema operativo en el cual los programas pueden correr son: Windows 95, Windows 98, Windows 2000 y Windows NT. Cada programa cuenta con un sistema de instalación el cual permite instalar todos los módulos del programa en la PC. Por otra parte la metodología utilizada para el desarrollo de la programación de los sistemas fue la instrumentación de algoritmos de verificación de rangos, pases y controles de captura con el objeto de evitar información errónea. Teniendo este control se pudo obtener una serie de beneficios tales como: Una captura rápida, datos sin errores, verificación de inconsistencias de datos, interacción del programa con el usuario de una forma amigable y gráfica. El proceso lógico de los programas esta compuesto de la siguiente forma: Tamizaje se encuentra estructurado en dos secciones cada sección muestra el número de pregunta y la página que corresponde en el cuestionario que se está capturando. En el caso de carrera del usuario se encuentra compuesto por 10 secciones, para acceder a cada sección se utilizó un menú de selección el cual el usuario puede seleccionar la sección que necesite capturar. Cada programa contiene un modulo de exportación de datos, es decir la información puede ser manipulada desde otras aplicaciones como son: Excel, Acces, Dbase, SPSS, entre otros.
- La última fase fue formar la base de datos en Dbase IV, la cual posteriormente se exportó a SPSS para hacer el análisis de datos.

XIII.7 Validación de la base de datos

La validación tuvo como objetivo verificar que los valores de la base de datos fueran correctos y para lograrlo, la validación se dividió en tres fases:

- 1) La detección de valores atípicos.
- 2) La consistencia lógica del cuestionario.
- 3) La verificación de algunos registros de la base de datos seleccionados al azar, contra los cuestionarios.

La primer fase permitió detectar valores que estuvieran fuera del rango correspondiente de cada pregunta.

Para ésto se realizó el siguiente proceso:

En el Programa de SPSS se realizaron Frecuencias de cada una de las variables, lo que permitía conocer los valores que contenía cada variable y se comparaban con los valores correspondientes de las preguntas del cuestionario. Si se encontraban valores no correspondientes se identificaba el cuestionario correspondiente verificando los datos correctos, lo que permitía corregir la base de datos.

Posteriormente se llevó a cabo la segunda fase, la consistencia lógica del cuestionario, la cual es muy importante para verificar que los datos capturados lleven la secuencia adecuada del cuestionario.

En esta fase se realizó una revisión de la secuencia del cuestionario, la cual se dividió en dos partes.

Como primer parte se registraron las preguntas que tienen pases y los valores que deben de tener las preguntas que correspondan a estos. Con lo que se generó un programa en SPSS, que al correrlo nos permitió detectar las variables que no cumplen con los requisitos de los pases. En estos casos se identificaba el número de folio y se revisaban los datos del cuestionario para corregir la base.

La segunda parte, consistía en revisar que cada variable mantenga el total de casos que debía tener según la secuencia del cuestionario.

Y por último la tercer fase la verificación de algunos registros de la base de datos seleccionados al azar, contra los Cuestionarios.

Esta fase permitió asegurar que la base de datos estuviera realmente limpia ya que al azar se seleccionó una cantidad de registros, los cuales se revisaron paralelamente con cada uno de los cuestionarios, para confirmar que los datos sean correctos.

XIII.8 PLAN DE ANÁLISIS

Mediante el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS), se realizó el análisis para describir la información de la población de estudio. Con lo que se logró conocer sus características sociodemográficas, el patrón de consumo, el grado de dependencia, el acceso y la disponibilidad a la heroína, los riesgos para la salud, el auto reporte de salud, el contacto con los centros de tratamiento, Barandilla y CERESO. Los resultados se presentan en gráficas y cuadros para mayor objetividad y comprensión.

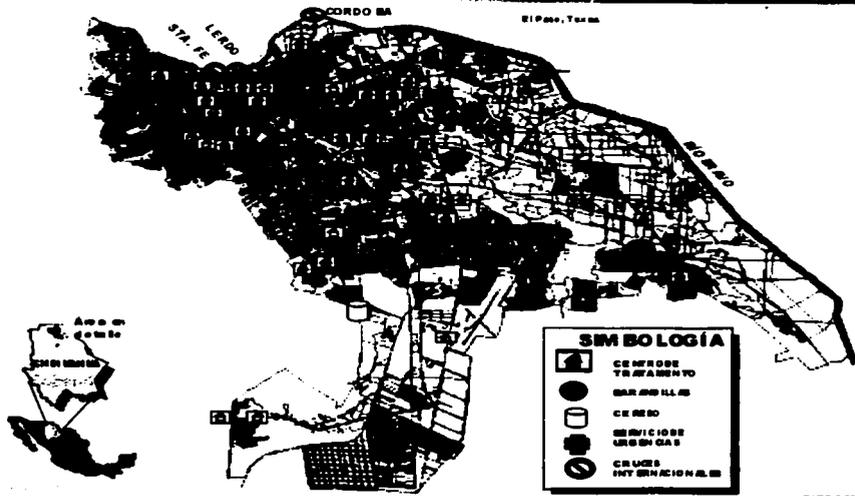
XIV RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados del estudio: En primer lugar se describen los aspectos generales de la población entrevistada y la selección de la muestra de estudio. Posteriormente se describen los resultados del análisis específico de la población de usuarios fuertes de heroína.

XIV.1 Descripción general de la población entrevistada

Durante los 110 días que correspondieron al levantamiento de datos se reportaron 1245 admisiones entre los 27 centros de tratamiento que aceptaron participar en el estudio.

PLANO DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA

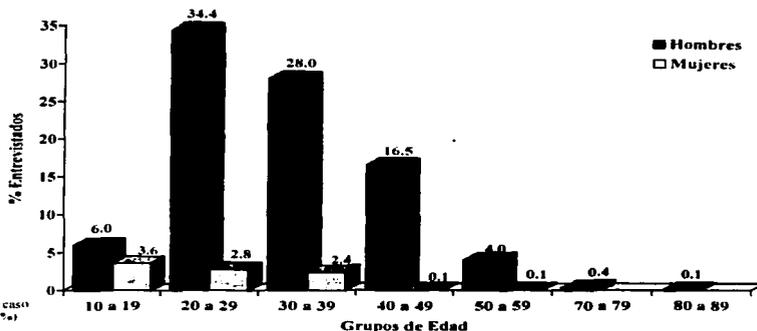


Fuente: Tesis doctoral La magnitud y naturaleza del problema de la heroína en Ciudad Juárez.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No fue posible entrevistar a todos los ingresos registrados, ya que algunos solo permanecían unas horas en el centro, otros llegaban muy intoxicados y estaban aislados al igual que los que llegaban por recaídas. Durante el tamizaje se logró entrevistar a 979 (78.6%), siendo el 91% (891) hombres y el 9.0% (88) mujeres. Cuyas edades oscilaron entre 12 y 89 años. La media fue de 31.9 años y el valor de la moda es de 28 años, siendo la edad que más se presentó en la muestra (Gráfica 1).

Gráfica 1. Distribución por sexo y grupos de edad actual



Nota: Se registro un caso sin información (0.3%)

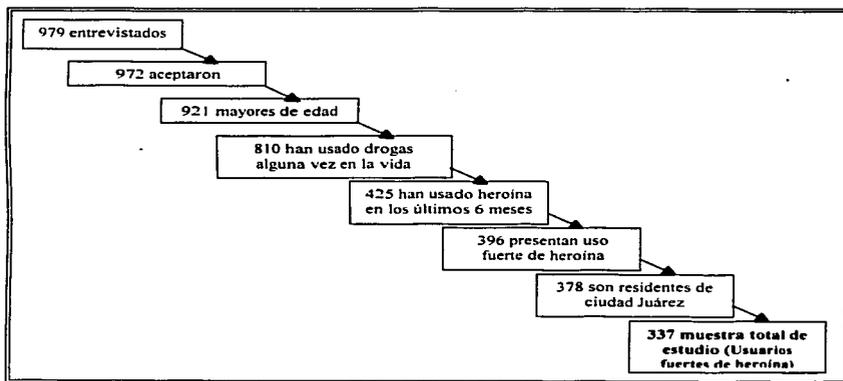
Debido a la finalidad del estudio, era necesario seleccionar a los usuarios fuertes de heroína de Ciudad Juárez. Para poder seleccionar a las personas que cubrieran esta característica se establecieron los siguientes filtros:

- ❖ El primero establecía que la persona aceptara participar por voluntad propia en el estudio, ante lo cual se obtuvo una buena respuesta ya que el 99.3% (972) de los entrevistados aceptaron participar, por lo que se obtuvo solamente un 0.7% (7) de no respuesta.
- ❖ Posteriormente se requería a las personas mayores de edad (de 18 años en adelante), ante lo que se encontró que el 5.2% (51) eran menores de edad por lo que no pudieron ser seleccionados para continuar con la entrevista.
- ❖ En relación con el consumo de drogas se encontró que el 87.9% (810) habían consumido alguna droga al menos una vez en su vida. Aquí es importante explicar el porqué aunque son centros de tratamiento para drogas, no todas las personas que están ahí han consumido drogas, esto se debe a que algunos centros prestan servicios de ayuda a personas sin hogar, de comedor público y asilo para enfermos terminales o en el caso de la familia de algunos dirigentes que viven en los centros.
- ❖ El 52.5% (425) de los que habían consumido alguna droga, reportaron haber usado heroína durante los últimos 6 meses.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- ❖ De los usuarios de heroína el 93.2% (396) la usaban con una frecuencia de 2 o más días a la semana u 8 o más días al mes, definición que permite determinar el uso fuerte o regular de heroína.
- ❖ Respecto a la residencia, de los usuarios fuertes de heroína que se habían identificado hasta este momento, 378 (95.5%) reportaron tener mínimo 6 meses viviendo en Ciudad Juárez, pero de ellos no se pudieron concluir 2 (.5%) entrevistas ya que los entrevistados tuvieron que retirarse para cumplir con tareas del centro que no podían ser canceladas y se registraron 39 recapturas (10.3%) de las personas que fueron entrevistadas en diferentes centros. Lo que nos da una muestra total de 337 usuarios fuertes de heroína residentes de ciudad Juárez (Cuadro 1).

Cuadro 1. Distribución de los entrevistados según los criterios de selección

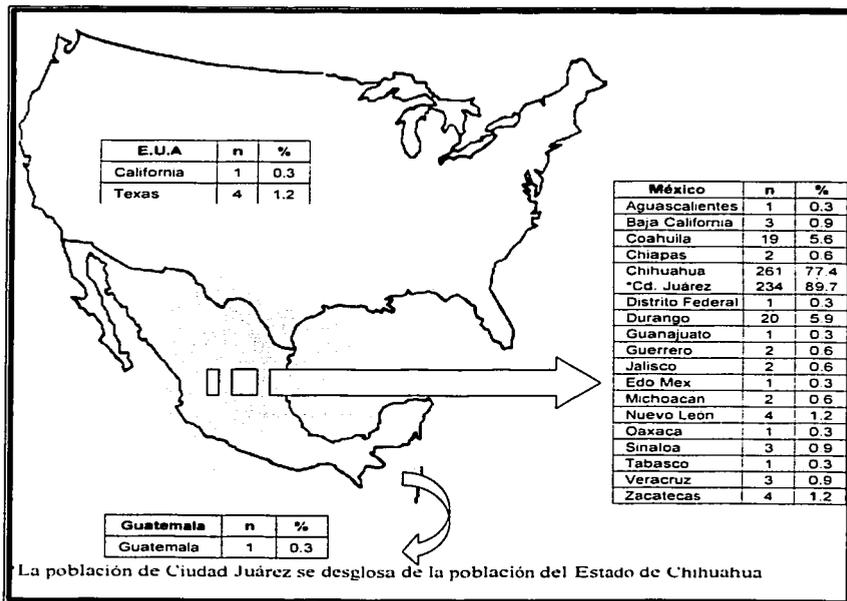


XIV.2 Descripción de la muestra de los usuarios fuertes de heroína

Con base al análisis de la información de la muestra total de los usuarios fuertes de heroína, la cual se formó por 337 sujetos, se obtuvieron los siguientes resultados:

Con relación al lugar de nacimiento el 98.2% (331) nació en México, el 1.5% (5) en Estados Unidos de América (E.U.A.) y el 0.3% (1) en Guatemala. (Cuadro 2).

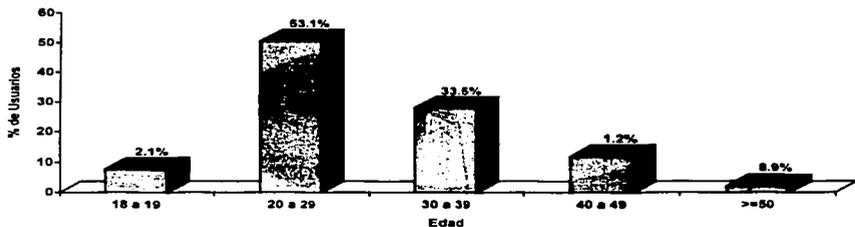
Cuadro2. Distribución de los entrevistados según lugar de nacimiento



En la distribución por sexo se observa que la proporción de mujeres (4.7%) fue significativamente menor que la de hombres (95.3%) ($p=0.0000$). La edad de los sujetos varió entre los 18 y 55 años, con una media de 29.5 y una moda de 26 años (Gráfica 2).

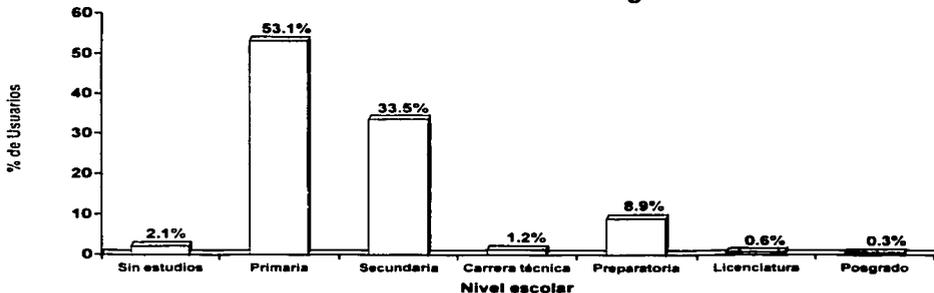
**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Gráfica 2. Distribución de la muestra por edad



En relación con la escolaridad del total de la muestra se encuentran 7 personas que nunca asistieron a la escuela de manera formal, el nivel de primaria fue el más reportado (179 personas), seguido por el de secundaria (113) (Gráfica 3).

Gráfica 3. Distribución de la muestra según escolaridad

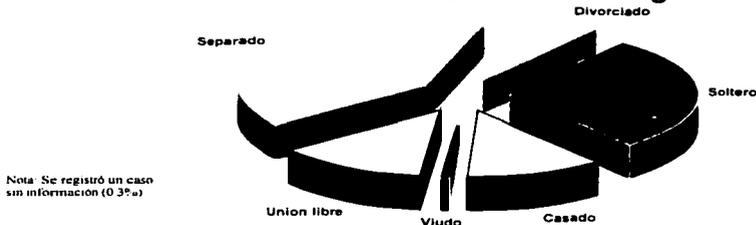


En cuanto al estado civil de los entrevistados, se encontró que la mayor parte de ellos son separados 135 (40.1%), que los solteros representan el 28.5% (96) y entre los que están casados y en unión libre se encuentra el 24.9%, los divorciados representan el 5.3% y solamente el 0.9% reportó ser viudo (Gráfica 4).

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Gráfica 4. Distribución de la muestra según estado civil



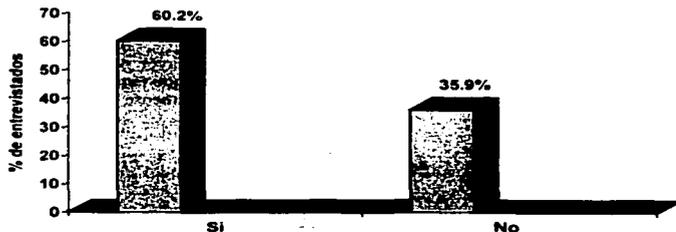
Nota: Se registró un caso sin información (0.3%)

Al profundizar en la cuestión familiar se encontró que el 78.9% (266) de los sujetos habían estado casado o vivido con alguien en unión libre en algún momento de su vida y de ellos se les preguntó cuantas veces en los últimos 5 años y el 45.5% (121) refirieron que ninguna, con una diferencia de apenas 10 sujetos el 41.7% lo ha hecho solamente una vez y el 12.8% restante refirieron haber tenido entre 2 y 6 uniones.

Algo importante que no puede dejarse a un lado al hablar de uniones, es la procreación de hijos en este aspecto se encontró que de los que han estado casados, la mayor proporción (27.8%) han tenido dos hijos, seguidos por una diferencia mínima (25.9%: 69) por los que han tenido solamente un hijo, reportando hasta un máximo de 9 hijos (0.8%) y solamente el 15.0% no ha tenido hijos. Y de los que nunca se han casado el 76.1% (54) no han tenido hijos, pero el 24% restante los cuales son hombres tienen entre 1 y 3 hijos.

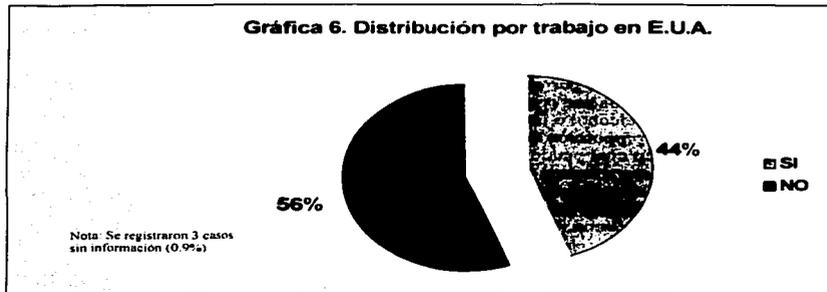
En la actividad laboral se encontró que 203 personas trabajaron el mes previo a la entrevista, mientras que 121 no lo hicieron, también relacionado a la cuestión laboral se preguntó si en algún momento de su vida habían trabajado en E.U.A. y 148 contestaron que sí mientras que 186 no lo hicieron (Gráficas 5 y 6).

Gráfica 5. Distribución por trabajo en el mes previo a la entrevista



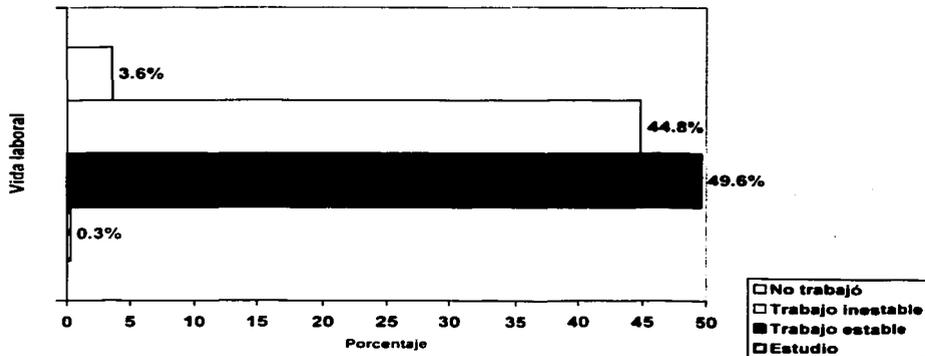
Nota: Se registraron 13 casos sin información (3.9%)

Gráfica 6. Distribución por trabajo en E.U.A.



Otro aspecto que se exploró fue la vida laboral que habían llevado durante los últimos 5 años antes de la entrevista y en esta parte se encontró que prácticamente la mitad de los sujetos mantuvieron un trabajo estable y solamente se encontró una persona que se ha dedicado a estudiar. (Gráfica 7)

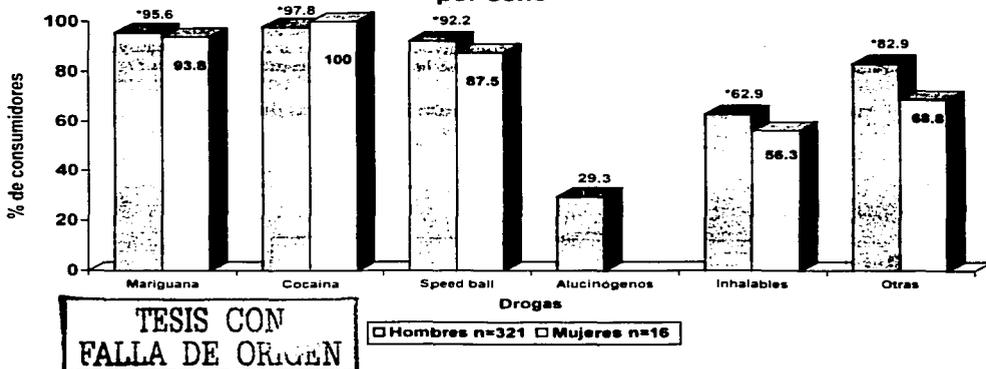
Gráfica 7. Distribución de la muestra según vida laboral durante los últimos 5 años



Dentro de los resultados relacionados al uso de drogas, se encontró en la prevalencia de consumo "Alguna vez en la vida", prácticamente el total de las personas de la muestra (97.9% que corresponde a 330) han consumido cocaína, seguida por la marihuana la cual ha sido consumida por el 95.5% (322), el 92.0% (309) reportó consumo de "speed ball" (heroína mezclada con cocaína) mientras que los inhalables han sido consumidos por el 62.6% (211) y con menor frecuencia de uso se encuentran los alucinógenos ya que 27.9% los han consumido (94) y también el 82.2% (277) reportaron el uso de otras drogas como son pastillas, alcohol o jarabes para la tos.

Llama la atención que la proporción de mujeres en la muestra fue significativamente menor que la de los hombres (Gráfica 1), lo cual puede ser debido a que haya mayor frecuencia de hombres usuarios de heroína, o que los hombres soliciten ayuda a los centros de tratamiento más frecuentemente que las mujeres. Sin embargo, observando por separado al interior de los grupos por sexo, el consumo de drogas se encontró que estadísticamente no hay diferencia en su consumo, ya que tanto hombres como mujeres consumen de igual forma (Gráfica 8).

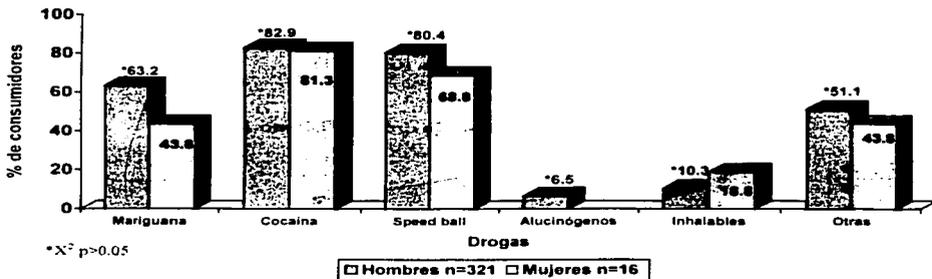
Gráfica 8. Distribución del uso de drogas "Alguna Vez en la Vida", por sexo



En la prevalencia de los últimos 6 meses, nuevamente se encontró en primer lugar la cocaína con el 82.8% (279), seguida por el "speed ball" con 79.8% (269), el 62.3% (210) de las personas reportaron haber usado marihuana, los inhalables fueron consumidos por el 10.7% (36) y únicamente el 6.2% consumieron alucinógenos. La mitad de la muestra (171) han usado en este lapso otras drogas entre las que se encontraron: pastillas, alcohol o jarabes para la tos.

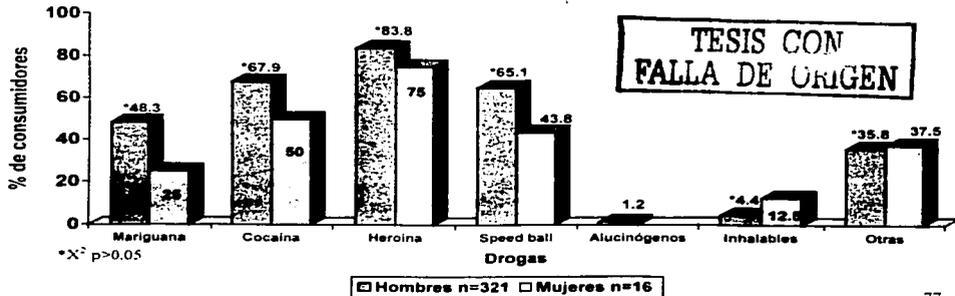
Al hacer el análisis de los datos según el sexo, se encontró que estadísticamente no hay diferencia en el consumo, ya que tanto hombres como mujeres consumen de igual forma, sin embargo aunque el porcentaje de consumo de inhalables por parte de las mujeres aparentemente es mayor esta diferencia tampoco fue significativa desde un punto de vista estadístico (Gráfica 9).

Gráfica 9. Distribución del uso de drogas "Últimos 6 Meses", por sexo



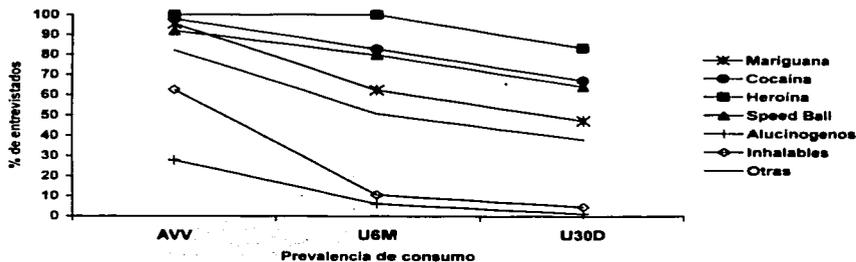
Según este estudio en la prevalencia del uso de drogas en los últimos 30 días, entre las drogas más reportadas se encontraron la cocaína con el 67.1% (226), "speed ball" con 64.1% (216), seguidos por marihuana la cual la consumió el 47.2% (159) de los usuarios, encontrándose en penúltimo lugar los inhalables con el 4.7% (16) y en último los alucinógenos con 1.2% y casi 36.0% (121) han usado otras drogas, las cuales son: pastillas, alcohol y jarabes para la tos. En relación a las diferencias por sexo, se encuentran las mismas características que en el lapso de los últimos 6 meses (Gráfica 10).

Gráfica 10. Distribución del uso de drogas "Últimos 30 Días", por sexo



Se observa que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el análisis de los patrones de consumo por sexo lo que indica que tanto hombres como mujeres consumían igualmente cada una de las drogas estudiadas. También se puede observar que todas las drogas fueron usadas por ambos, excepto los alucinógenos los cuales solo fueron usados por los hombres. Algo importante que se encontró es que no todas las personas que consumieron alguna droga, continuaron o mantuvieron su consumo. En el periodo de consumo de los últimos 30 días, en el caso de la heroína se encontró que el 16.6% (56) de la muestra ya no la usaba, lo cual es razonable ya que se entrevistaron personas que tenían más de un mes y menos de 6 meses en tratamiento. (Gráfica 11).

Gráfica 11. Distribución del uso de drogas "Último 30 Días"



TESIS CON
FALLA DE CALIDAD

Otra de las características investigadas respecto a las drogas consumidas por los individuos, fueron las vías de administración, los resultados se describen en el siguiente cuadro: (Cuadro 3)

Cuadro 3. Distribución por vía de administración según la droga de consumo

DRUGA	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	Núm	%
Heroína n= 337	Inyectada	329	97.6
	Fumada	3	0.9
	Inhalada	3	0.9
	Tomada o tragada	1	0.3
	Aspirada por la nariz	1	0.3
Cocaína n= 330	Inyectada	278	82.5
	Inhalada	28	8.3
	Fumada	14	4.2
	Aspirada por la nariz	9	2.7
	Untada en mucosas	1	0.3
Marihuana n= 322	Fumada	321	99.7
	Tomada o Tragada	1	0.3
Speed ball n= 310	Inyectada	307	99.0
	Fumada	1	0.3
	Inhalada	1	0.3
	Aspirada por la nariz	1	0.3
Otras n= 277	Tomada o tragada	269	97.1
	Fumada	6	2.2
	Aspirada por la nariz	1	0.4
	Untada en mucosas	1	0.4
Inhalables n= 211	Inhalada	201	95.3
	Untada en mucosas	2	0.9
	Aspirada por la nariz	8	3.8
Alucinógenos n= 94	Tomada o tragada	63	67.0
	Inhalada	11	11.7
	Untada en mucosas	8	8.5
	Inyectada	7	7.4
	Fumada	3	3.2
	Aspirada por la nariz	2	2.1

Nota: Para el análisis de esta variable se tomó el reporte de la prevalencia "Alguna Vez en la Vida" correspondiente a cada droga.

El análisis de otros datos, permitieron conocer la existencia de ciertos aspectos que sirven para identificar en los sujetos una dependencia o adicción a la heroína. Para esto es necesario aclarar que al

considerarse el consumo de drogas en diversas ocasiones como una psicopatología y que puede definirse como la incapacidad de comportarse de manera que fomenten el bienestar del individuo y en dado caso de la misma sociedad (Coon Dennis 1986). Esta definición no sólo incluye los comportamientos desadaptados evidentes tales como la dependencia de las drogas, la práctica compulsiva de los juegos de azar o la pérdida del contacto con la realidad, sino también cualquier comportamiento que obstaculice el desarrollo personal y la realización plena del individuo. Esta categoría de problemas generalmente se caracteriza por un deterioro del funcionamiento social u ocupacional y por la incapacidad de abstenerse del uso de la droga.

Los problemas psicológicos se agrupan en categorías de comportamiento desadaptado. El sistema de calificación más aceptado es el DSM-IV y para el interés de este estudio se recurrió a la descripción de los trastornos debidos al uso de sustancias, el cual se define como la dependencia psicológica de las drogas que producen cambios en el comportamiento o en el estado de ánimo.

Los criterios son:

1. Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b) El efecto de las mismas cantidades de sustancias disminuye claramente con su consumo continuado
2. Abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a) El síndrome de abstinencia característico para la sustancia
 - b) Se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia
3. La sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
4. Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, el consumo o en la recuperación de los efectos de la sustancia
6. Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
7. Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia.

Para fines del estudio se referirán los criterios de la siguiente manera:

- 1 - Tolerancia
- 2 - Abstinencia

- 3 - Compulsión
- 4 - Dificultad de control
- 5 y 6 - Negligencia
- 7 - Persistencia

Dentro del cuestionario de tamizaje se incluyó una serie de preguntas específicas sobre el consumo de heroína dentro de los últimos 6 meses previos a la entrevista, para determinar el grado y tipo de dependencia de los usuarios.

Al analizar estas preguntas, según los criterios antes descritos se encontró que todos son referidos por un alto porcentaje de los usuarios, pero a pesar de esto, el criterio de dificultad de control registra la mayor proporción al ser reportado por el 97.6% (329), también se encontró que el 93.8% (316) presentan dependencia física y el 95.8% (323) tienen un grado severo de dependencia. (Cuadro 4)

Cuadro 4. Distribución según criterios de Dependencia

CRITERIOS	n	%
Dificultad de control	329	97.6
Tolerancia	327	97.0
Compulsión	326	96.7
Abstinencia	317	94.1
Negligencia	317	94.1
Persistencia	301	89.3

Por otro lado se realizaron una serie de preguntas relacionadas con la salud en los últimos 5 años de vida. Al analizar el auto reporte de padecimientos sentidos o confirmados que dan los usuarios se encontró que el padecimiento más reportado con una gran diferencia ante los demás que se preguntaron fue la presencia de abscesos por puncionarse las venas. (Cuadro 5)



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 5. Distribución según el auto reporte de salud

PADECIMIENTO	n	%
Abscesos por picarse las venas	120	35.6
Hepatitis	22	6.5
Riñón	19	5.6
Presión alta	16	4.7
Enfermedades de Transmisión Sexual	16	4.7
Corazón	9	2.7
Hígado	6	1.8
Diabetes	4	1.4
Tuberculosis	4	1.2
VIH/SIDA	3	0.9

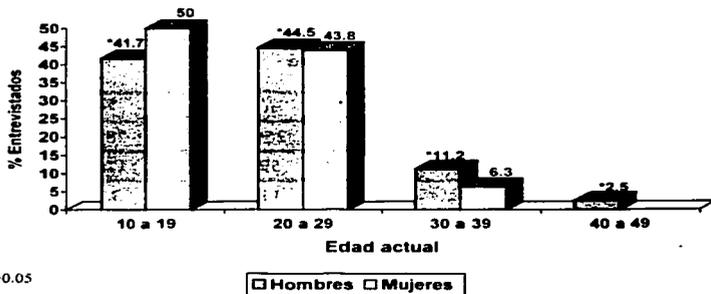
Otro aspecto relacionado con los últimos 5 años que se les preguntó a los entrevistados fue el de con quien o quienes han vivido durante este tiempo, lo que da una perspectiva de la estabilidad que tienen en la vivienda. Ante esto se encontró que 6 de cada 10 usuarios han mantenido una forma estable de vivir ya sea con sus padres (22.6%), en pareja (20.5%), solos (18.1%), con familiares (4.2%) o amigos (2.1%), mientras que el 32.5 % restante no han mantenido una estabilidad ya que han vivido con diversas personas.

XIV.3 Primer consumo de heroína

En esta parte se observan las características que enmarcan la primera vez que los usuarios consumieron la heroína.

Empezando por la edad se encontró que los usuarios consumieron por primera vez la heroína entre los 10 y los 49 años, con un promedio de 22 años de edad. Puede notarse que la edad en la que principalmente incurrió el primer uso de heroína fue entre los 10 y los 29, años encontrando en este rango al 86.6% de los usuarios, observando también al no encontrar diferencias estadísticamente significativas, que las mujeres iniciaron al igual que los hombres a edades tempranas el consumo de heroína (Gráfica 12)

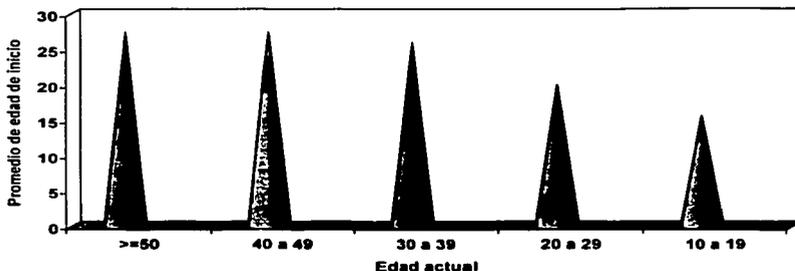
Gráfica 12. Distribución por sexo y grupos de edad



* $\chi^2 p > 0.05$

La relación entre el promedio de la edad de inicio y la edad actual de los sujetos evidencia los cambios que se han dado en la dinámica del consumo, ya que en las generaciones de 30 años y más, los individuos iniciaron su consumo de heroína aproximadamente después de los 20 años y en las generaciones de las dos últimas décadas lo han comenzado a edades menores, marcando una diferencia hasta de 12 años. (Gráfica 13)

Gráfica 13. Promedio de edad de inicio según edad actual



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En relación con la vía de administración utilizada durante el primer consumo de heroína, se encontró que más de la tercera parte (78.3%) a pesar de todos los riesgos que implica lo hicieron por medio de inyección. (Cuadro 6)

Cuadro 6. Distribución según la vía de administración del primer consumo de heroína

VÍA DE ADMINISTRACIÓN	n	%
Inyectada	264	78.3
Inhalada	59	17.5
Fumada	11	3.3
Otra	3	0.9

De los que no se inyectaron la heroína la primera vez que la consumieron, el 93.1% (68) lo hicieron posteriormente, de ellos el 66.2% (45) lo hicieron dentro del mismo año, el 16.2% (11) un año después y el 17.7% (12) restante lo hicieron dentro de un periodo que osciló entre 2 y 11 años posteriores a su primer consumo. Solamente 4 individuos (1.2%) nunca la habían usado inyectada.

Ahora otro aspecto fundamental al hablar de inyección, es saber quién es la persona que les aplicó la inyección a los usuarios esa primera vez y ante esto, los resultados fueron que al 69.4% (234) los inyectó un amigo y el 16% (54) lo hicieron ellos mismos. Es importante hacer la observación de que en este primer consumo los amigos(as) ocupan el primer lugar como la persona que aplicó la primer inyección, representando el 72% en los hombres y la mitad en las mujeres, a diferencia de esto como segunda opción en los hombres se encuentra la auto aplicación (16.9%), mientras que en las mujeres son los novios (25%) aunque estos valores no son estadísticamente significativos al ser comparados por sexo $X^2 p > 0.05$ (Cuadro 7).



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Cuadro 7. Distribución según la persona que aplicó la primer inyección

PERSONA	n	%
Amigo (a)	234	69.4
Ellos(as) mismos(as)	54	16.0
Otra (Familiares y vendedores de la droga)	16	4.7
Un conocido	14	4.2
Novio (a)	9	2.7
Hermano (a)	3	0.9
No sabe	3	0.9

Respecto al lugar de consumo de esa primera vez se reportó que el 87.2% (294) lo hizo en alguna ciudad de la República Mexicana, mientras que el 12.8% (43) restante consumió por primera vez la heroína en E.U.A. Está información da un poco la idea de la migración de gente que existe en Ciudad Juárez. (Cuadro 8)

Cuadro 8. Distribución según el lugar donde consumió por primera vez la heroína

LUGAR	n	%
México		
Baja California	4	1.2
Coahuila	2	0.6
Colima	1	0.3
Chihuahua	283	96.3
*Cd. Juárez	280	98.9
Sinaloa	1	0.3
Sonora	3	0.9
E.U.A.		
Arizona	1	0.3
California	15	4.5
Florida	1	0.3
Illinois	1	0.3
Minessota	1	0.3
Nuevo México	4	1.2
Texas	20	5.9

*La población de Cd. Juárez se desglosa de la población del Estado de Chihuahua

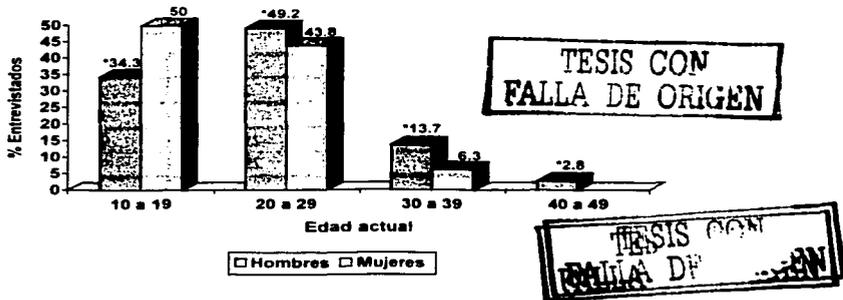
XIV.4 Consumo regular o fuerte de heroína

Ahora, al ya conocer las características de ese primer uso de heroína se profundizará en el uso regular o fuerte de heroína, lo que permite conocer datos importantes relacionados a la carrera del consumo de heroína de los entrevistados.

Aunque anteriormente ya se ha mencionado, en esta parte es importante señalar que al ser una muestra de los centros de tratamiento, se encontraron personas que tenían algún tiempo sin consumir drogas y esto se debe a que algunos tenían más de un mes internadas pero menos de 6 por lo que pudieron participar en la investigación.

Para iniciar esta parte se utilizaron los datos correspondientes a la edad en la que los individuos comenzaron a usar la heroína de forma regular o fuerte. Estas edades fluctuaron entre los 12 y los 49 años, presentando un promedio de 23.2. Es decir la mayor parte de los usuarios (84.0%) comenzaron este uso entre las 2 primeras décadas de su vida. También al analizar los datos por sexo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas, aunque aparentemente se puede observar que la mitad de las mujeres comenzaron el uso fuerte entre los 10 y los 19 años, mientras que la mayor proporción en los hombres (49.2%) se encuentra entre los 20 y 29 años de edad. (Gráfica 14)

Gráfica 14. Distribución por sexo y grupos de edad



Al analizar el tiempo que transcurrió desde el primer consumo hasta el inicio del consumo fuerte, se encontró que 6 de cada diez (65.9%) de los entrevistados comenzaron el consumo durante el mismo año y el 12.2% (41) comenzó un año después. El tiempo máximo reportado fue de 22 años (0.3%). Al analizar esta parte por sexo aunque no se encontraron diferencias estadísticamente significativas se puede observar que tanto los hombres como las mujeres prácticamente se engancharon¹ en el mismo año que la consumieron por primera vez o más tardar un año después. (Cuadro 9)

¹ Término que utilizan los usuarios de heroína al referirse que comenzaron a usar la droga de una forma habitual

Cuadr 9. Distribución del tiempo en años entre el primer consumo de heroína y el inicio del consumo regular o fuerte de heroína

TIEMPO	SEXO				p	Total	
	Hombres		Mujeres			n	%
	n	%	n	%			
Menos de un año	209	65.1	13	81.3	0.1838	222	65.9
Uno	38	11.8	3	18.8	0.6645	41	12.2
Dos	33	10.3	---	---	---	33	9.8
Tres	18	5.6	---	---	---	18	5.3
Cuatro	11	3.4	---	---	---	11	3.3
Más de cuatro	12	3.6	---	---	---	12	3.6

Relacionado a la frecuencia de uso de heroína a la semana previa de la entrevista se encontró que la mayor proporción de los sujetos (89.3%) la consumieron todos los días, presentándose casos que consumieron de 6 días hasta los que la consumieron solamente durante 2 días (5.7%) y únicamente el 5.0% ya no la consumieron por estar en tratamiento.

Dentro de la carrera de consumo de la heroína, lo que respecta a otras drogas el 81.0% (273) de los usuarios reportó haber mezclado² la heroína con otras sustancias, de ellos el 99.6% lo hizo con cocaína y solamente se encontró 1 (0.4%) caso que lo hizo con pastillas. Mientras tanto el 95.3% (321) la ha combinado³ con otras drogas, entre las que se encuentran el alcohol, la cocaína, las pastillas, la marihuana, los inhalables y los alucinógenos. (Cuadro 10)

Cuadro 10. Distribución de la combinación de la heroína con otras drogas

DROGAS	n	%
Alcohol	187	55.5
Cocaína	271	80.4
Pastillas	187	55.5
Marihuana	233	69.1
Inhalables	67	19.9
Alucinógenos	11	3.3

Con esta información se puede observar el policonsumo que mantienen los individuos. Al analizar esto se encontraron 16 (4.7%) usuarios puros de heroína, 8 que consumen todas las drogas los cuales representan el 2.4%. También se registraron 4 tipos de biconsumo, los que combinan la heroína con

² Indica que la heroína se revolvió con otra droga al momento de consumirla

³ Indica que al momento de consumir la heroína también se consumen otra(s) droga(s)

alcohol (1.8%), los que lo hacen con cocaína (9.2%), los que la combinan con Pastillas (2.7%) y finalmente los que lo hacen con Marihuana (3.3%). El resto de los usuarios (75.9%) mantienen un policonsumo de entre 2 y 5 de las drogas antes mencionadas aparte de la heroína.

En la forma de obtención de la heroína durante los dos últimos meses previos a la entrevista, la mayor parte de los sujetos reportaron haberla comprado. (Cuadro 11)

Cuadro 11. Distribución de la forma en que conseguían los usuarios la heroína

FORMA	SEXO				p	Total	
	Masculino		Femenino			n	%
	n	%	n	%			
Comprada	315	98.1	14	87.5	---	329	97.6
Regalada	36	11.2	3	18.8	0.6036	39	11.6
Como pago por vender droga	53	16.5	4	25.0	0.5875	57	16.9
Intercambio por objetos	128	39.9	4	25.0	0.2341	132	39.2
Intercambio por sexo ⁴	8	2.5	3	18.8	---	11	3.3

Las observaciones que se pudieron hacer ante esto según el sexo de las personas no resultaron estadísticamente significativas, y entre ellas se encontró que tanto para los hombres como para las mujeres su principal forma de adquirir la droga es comprándola. Ahora de ellos la mayor parte de las veces obtienen el dinero por su trabajo, teniendo también otras opciones para conseguirlo. (Cuadro 12)

Cuadro 12. Distribución de la forma en que conseguían los usuarios el dinero para comprar la heroína

FORMA	SEXO				p	Total	
	Masculino		Femenino			n	%
	n	%	n	%			
Trabajando	272	86.3	6	42.9	0.0000	280	85.1
Pidiendo dinero prestado	183	58.1	5	35.7	0.1014	189	57.4
Pidiendo dinero en la calle	60	19.0	7	50.0	0.0073	70	21.27
Vendiendo droga	61	19.4	2	14.3	0.7250	68	20.6
Vendiendo cualquier cosa	159	50.5	6	42.9	0.5994	166	49.3
Robando	141	44.8	7	50.0	0.6867	152	46.2
Prostituyéndose	11	3.5	6	42.9	---	18	5.4

En este cuadro se puede observar que las mujeres a diferencia de los hombres presentan una mayor frecuencia en pedir dinero en la calle para comprar la heroína y los hombres marcan también de una

⁴ El intercambio por sexo según los entrevistados no es lo mismo que prostituirse, ya que no se dedican a eso sino que solamente lo hacen para obtener la droga

forma significativa que ellos optan por trabajar en mayor frecuencia que las mujeres. Con respecto a las demás formas de conseguir el dinero no hubo diferencias estadísticamente significativas por sexo. También se puede observar que a pesar de que hay hombres que se prostituyen, es mucho menor la proporción en comparación con las mujeres.

Vinculado con esto se encuentra la cantidad de dinero que gastan los usuarios para comprar la heroína, ante esto se les preguntó aproximadamente cuanto habían gastado en los dos últimos meses previos a la entrevista y las cantidades que se reportaron fueron desde 10 hasta 5000 pesos, en donde la media es de \$ 200. Al convertir estas cantidades a salarios mínimos se encontró lo siguiente: (Cuadro 13)

Cuadro 13. Distribución de la cantidad de salarios mínimos y dinero en pesos mexicanos que gastaron los usuarios en comprar heroína en los 2 meses previos a la entrevista

SALARIO MÍNIMO		n	%
Hasta 2	(10 a 100 pesos)	60	17.8
De 2.5 a 5	(101 a 200 pesos)	110	32.6
De 5.5 a 8	(201 a 300 pesos)	67	19.9
De 8.5 a 10.5	(301 a 400 pesos)	33	9.8
De 11 a 132	(401 a 5000 pesos)	67	19.9

* Salario mínimo para el año 2000 en Cd. Juárez . 37 90 pesos

Por otra parte ahora que ya se sabe que prácticamente todos los sujetos utilizan la inyección como la principal vía de administración de la heroína y conociendo que esto implica una serie de graves riesgos para la salud por el uso de utensilios como jeringas, fue relevante cuestionar sobre las prácticas de riesgo a las que se exponen los usuarios. Y respecto a esto se encontró que la proporción de sujetos que comparten las jeringas es muy elevada (71.5%) ya que 7 de cada 10 sujetos lo hacen, ya sea con conocidos (66.4%), amigos cercanos (39.8%), compañeros de trabajo (11.2%), parientes (6.6%), su pareja (5.8%) o vecinos (2.5%). De ellos el 13.7% (33) no le realizan ningún tipo de limpieza a las jeringas o agujas que comparten y de los que si las limpian (86.3%), más de la mitad (51.9%) lo hacen con agua y jabón, la proporción que utiliza cloro para la limpieza es del 20.8%, 15.9% lo único que utilizan es agua, el 11.0% (23) utilizan alcohol o algún tipo de desinfectante y solamente se registro un caso (0.5%) que reporta hervir las jeringas. También se encontró que el 82.5% de los usuarios tienen por lo menos un tatuaje, los cuales también son considerados como un factor de riesgo para contraer diversas enfermedades.



Al ser la heroína una droga ilegal sin ningún control de calidad y tampoco contar con una adecuada administración ya que los usuarios pueden consumir las dosis que deseen sin ni siquiera saber el grado de pureza de la droga y al ser administrada por la vía en que más rápidamente hace efecto, es muy probable sufrir en cualquier momento una sobredosis. Y al explorar este punto entre los usuarios entrevistados prácticamente la mitad (49.9%) de ellos han sufrido entre una y 30 sobredosis. (Cuadro 14)

Cuadro 14. Distribución del número de sobredosis que han tenido los usuarios

NUMERO DE SOBREDOSIS	n	%
Una	68	40.5
Dos	48	28.6
Tres	22	13.1
Cuatro	14	8.3
Más de cuatro	13	7.8
No recuerdan	3	1.8

En lo que se refiere a los contactos que han hecho los entrevistados durante los últimos 5 años en los centros de tratamiento de ciudad Juárez, puede notarse que un poco más de la mitad han estado una vez en tratamiento mientras que el resto han estado desde 2 hasta 7 veces. (Cuadro 15)

Cuadro 15. Distribución del número de veces que han estado en tratamiento por el uso de drogas, en los últimos 5 años

NUMERO DE VECES EN TRATAMIENTO	n	%
Una	177	52.5
Dos	109	32.3
Tres	30	8.9
Cuatro	12	3.6
Cinco	7	2.1
Seis	1	0.3
Siete	1	0.3

De las ocasiones en las que los usuarios acudieron a tratamiento, lo hicieron en diversos lugares por lo que han estado bajo diversos programas de atención. (Cuadro 16)

Cuadro 16. Distribución del tipo de programa de atención que recibieron al estar en tratamiento por el uso de drogas, en los últimos 5 años

PROGRAMA	n	%
Cristoterapia	262	77.7
Sucros y relajantes	223	66.2
Grupo de auto ayuda	171	50.7
Desintoxicación	81	24
Médico / Psicológico	54	16
Metadona	41	12.2

Un factor importante para que cualquier tratamiento o programa tenga éxito, es que la persona lo concluya adecuadamente. Para realizar el análisis del tiempo que han permanecido en tratamiento los sujetos se tomó el promedio de tiempo de todas las veces que cada individuo asistió a solicitar tratamiento. Relacionado con esto se encontraron personas que no permanecieron ni siquiera un día en tratamiento hasta personas que entre todas las veces que han estado en tratamiento han acumulado un año, encontrándose la mayor proporción entre los que han estado 15 días en promedio durante todos sus ingresos a tratamiento, tiempo que en muchas ocasiones no es suficiente ni siquiera para poder desintoxicar a las personas. (Cuadro 17)

Cuadro 17. Distribución del promedio del tiempo en días que los usuarios permanecieron en tratamiento por el uso de drogas

PROMEDIO	n	%
Ninguno	7	2.1
De 1 a 15 días	198	58.8
De 16 a 30 días	41	12.2
De más de un mes a 3 meses	52	15.4
De más de 3 meses a 6	28	8.3
Más de 6 meses a 1 año	11	3.3

En cuanto a los contactos que han tenido los usuarios en Barandilla³ y CERESO⁴, el 91.7% (309) de ellos han sido detenidos entre 1 y más de 20 veces por haber cometido algún delito y el 46.6% (157) han sido consignados a cumplir una condena en el CERESO, de estos sujetos el 61.8% (97) la primera vez que ingresaron al CERESO fue dentro del mismo año en que comenzaron a usar la heroína de forma regular o fuerte.

³ Se refiere al lugar donde se encuentra el ministerio público y es donde son referidas las personas cuando cometen algún delito o infracción. En ciudad Juárez existen 3 (Babicora, Aldama y Delicias).

⁴ Se refiere al Centro de Readaptación Social.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El uso patológico de sustancias psicoactivas se ha constituido en un grave problema de salud pública, al punto que, en la actualidad se habla de una pandemia. Este problema se ha presentado a nivel mundial, pero hay países y zonas que anteriormente eran productores o de tránsito y actualmente han registrado aumentos en el consumo interno, como en el caso de los estados de la frontera norte de México. Hay diversas evidencias que muestran a la zona fronteriza entre México y Estados Unidos de América como de alto riesgo para el consumo de drogas ilegales. Esto se ha observado en diversas investigaciones, estudios y sistemas de vigilancia, los cuales aportan información confiable y representativa del país, entre ellas se encuentran las Encuestas Nacionales de Adicciones realizadas por la Secretaría de Salud (ENA's: 1988, 1993, 1998). En donde se registró en 1998, que el 5.2% de la población urbana de 12 a 65 años habían consumido alguna vez en la vida drogas ilegales, y aunque tal cifra resulte irrelevante, detrás de ella hay 2 y medio millones de personas. En el caso de la frontera norte de México presentó una prevalencia de uso mayor que las de nivel nacional, con el 6.0%, y en el caso de Ciudad Juárez, catalogada desde tiempo atrás como zona de alto riesgo registra preocupantes índices de consumo de drogas ilegales, duplicando casi en 1998 el promedio nacional y presentando 50% más de consumo que el de la región a la que pertenecen.

Ahora dentro de las drogas ilegales se encuentra la heroína, la cual presenta un promedio nacional del 0.09% y superando el porcentaje también en este aspecto se encuentra la zona norte con 0.12%. Tal vez con estas cifras no se pueda decir que el consumo de heroína es un problema en México, pero se debe tener en cuenta que éste es un país de producción y que la zona norte es una zona de tránsito de la droga, y cuando esto ocurre la droga tiene mucha probabilidad de quedarse en la zona. Convirtiéndose esto en un factor de riesgo por la disponibilidad de la droga. "Si empieza a haber más heroína a la venta, evidentemente el número de adictos puede comenzar a aumentar y al generar esta droga una dependencia física y psicológica muy rápida y creciente, la demanda también incrementa".

El Psicólogo Silvano Osollo ha trabajado desde 1982 con drogadictos en México, España, Francia y Chile. Él afirma que el 70% de las personas que en el mundo pide ayuda para dejar las drogas lo hace por causa de la heroína. Referente a esto en el presente estudio se encontró que el 43.4% de los entrevistados que acudieron a tratamiento usaban heroína y de ellos el 93.2% tenían un consumo fuerte.

Otra fuente fundamental de información sobre el consumo de drogas en nuestro país es la que proporciona el SISVEA. El cual reporta de los datos que proporcionan los centros de tratamiento no gubernamentales de las entidades de la Frontera Norte, donde existen ciudades "SISVEA", que la heroína es la droga que con más frecuencia es referida como la que motivo la demanda de tratamiento en el periodo 1994 al 2000.

Por lo que se refiere al sexo se registra un mayor consumo entre los hombres que entre las mujeres, patrón consistente que se ha observado en diversos estudios (incluyendo este) o e investigaciones relacionadas al consumo de drogas. La drogadicción es un problema de salud serio, crónico y recurrente para hombres y mujeres de todas las edades y condiciones sociales, pero entre las mujeres, el abuso de drogas puede presentar problemas diferentes y requerir distintos métodos de tratamiento, más adelante se observaran las razones de esto.

En cuanto a la primera vez que los sujetos consumieron la heroína, la mayor proporción lo hizo entre los 10 y los 29 años de edad y al hacer una comparación con la edad actual de los sujetos, se percibió

que con el transcurso del tiempo se ha ido disminuyendo la edad de inicio, ya que las personas mayores de treinta años comenzaron a consumir la heroína después de los 25 años y las personas menores de treinta consumieron heroína por primera vez antes de cumplir 20 años.

Estudios recientes indican que la forma de usar la heroína ha cambiado, pasando de inyectarse la droga a inhalarla o fumarla, debido a que se obtiene mayor pureza con estos métodos y al concepto erróneo de que estas formas de empleo no llevarán a la adicción. A diferencia de esto en el estudio se encontró que los usuarios de Ciudad Juárez, siguen prefiriendo la vía intravenosa como su principal vía de administración, lo que conlleva graves consecuencias para la salud.

Los efectos de la heroína a largo plazo aparecen después que la droga se ha estado usando repetidamente por algún período de tiempo. El usuario crónico puede sufrir colapso de las venas, infección del endocardio y de las válvulas del corazón, abscesos, sobredosis mortal, enfermedades del hígado y en mujeres aborto espontáneo. Puede haber complicaciones pulmonares, incluso varios tipos de neumonía, como resultado del mal estado de salud del toxicómano, así como por los efectos depresivos de la heroína sobre la respiración y enfermedades infecciosas, incluso VIH/SIDA y hepatitis.

Entre los problemas de salud que con mayor frecuencia reportaron haber tenido los usuarios durante los últimos 5 años, se encontraron los abscesos en el cuerpo por "picarse" las venas, el 6.5% reportó problemas de hepatitis y solamente el 0.9% dijo estar contagiado con VIH o tener SIDA, es importante mencionar que por todos los problemas sociales que esta enfermedad conlleva muchas personas no se atreven a confesar que la padecen o muchas veces no lo saben, y como en esta investigación no se llevaron a cabo estudios médicos que pudieran confirmar este tipo de enfermedades ya que no era la finalidad del mismo, no se puede asegurar que este porcentaje de personas sea realmente la que padezca esta enfermedad. Respecto a esto CONASIDA reportó en el año 2000 una prevalencia de VIH del 6.0% en usuarios de drogas y del 10.7% de las infecciones que se dieron por vía sanguínea, el 8.3% están asociadas al consumo de drogas inyectables, y al ser esta una enfermedad frecuentemente transmitida a través de agujas compartidas y de otros artículos que se comparten, como jeringas, tapones de algodón, agua de enjuague y cucharas o recipientes para cocinar drogas. En la presente investigación se realizaron preguntas que permitieron explorar estos aspectos entre los usuarios y se encontró que 71.5% comparte las jeringas y de ellos el 86.3% reporta limpiarlos, lo cual en ningún aspecto garantiza la esterilización de los instrumentos.

Otro factor que representa un gran riesgo para el contagio del VIH/SIDA es la transmisión sexual, la cual ha sido la causante del 86.7% de los casos acumulados de SIDA en México para el año 2002. Este hecho resulta relevante para los datos encontrados en el estudio que en los últimos 5 años el 12.8% ha tenido mínimo 2 parejas, que el 3.3% obtiene la droga por intercambio sexual y el 5.4% consigue el dinero para comprar la droga sustituyéndose.

Diversas investigaciones sobre drogas han revelado que hay muchos factores de riesgo para el uso y abuso de drogas, los factores pueden relacionarse con las relaciones familiares, donde un ambiente doméstico caótico, particularmente en donde los padres abusan de sustancias o padecen enfermedades mentales. Ahora, un factor relevante es el hecho de que al tener los usuarios una vida sexualmente activa, tienen una gran probabilidad de procrear hijos. Con lo que surge otra serie de problemas, por mencionar algunos, encontrando nuevamente el VIH/SIDA, el cual se reportó como forma de contagio por vía perinatal por en el 0.2% del reporte total en México en el año 2000, también los niños pueden nacer con problemas desde adicción hasta malformaciones físicas o mentales. En diversas ocasiones estos hijos son engendrados fuera de cualquier unión marital, lo que genera madres solteras las cuales

pueden ser usuarias y si no lo son, es muy probable que el padre del niño si lo sea y aún el hecho de que sea una pareja genera una familia donde uno a ambos padre pueden ser usuarios de drogas. Al encontrar en el estudio que los usuarios cambian usualmente de pareja y que procrean hijos dentro y fuera de sus uniones y que presentan conductas de prostitución, genera una situación que a futuro puede terminar formando una nueva generación de consumidores de drogas.

Otro factor de riesgo que ha sido usualmente observado es la iniciación del uso de drogas por los pares⁷, a lo que se pudo observar que realmente la mayor proporción tanto en hombres como en mujeres la primer persona que les administró la droga fue un(a) amigo(a). También las mujeres han declarado que sus compañeros sexuales que usaban drogas las iniciaron en el abuso de drogas, además, la mujer farmacodependiente tiene gran dificultad en abstenerse de la droga cuando el estilo de vida de su compañero respalda el uso de drogas. Esto se pudo observar al encontrar en los resultados del estudio que de las personas a las que les administró la heroína por primera vez su pareja, el 25% eran mujeres y solamente 1.6% hombres. También se considera un factor de riesgo el uso de tatuajes, de los cuales el 82.5% de la población tienen por lo menos un tatuaje.

La heroína se caracteriza por ser una de las más adictivas que existen, y se ha encontrado que una persona tarda aproximadamente ocho años en hacerse alcohólica, dos a cuatro en convertirse en cocaínomana y apenas uno a tres meses en ser adicta a heroína. Para conocer el tiempo que tardaron los sujetos del estudio entre su primer consumo y el momento en que comenzaron a consumir la heroína de forma regular o fuede, se encontró que el 65.9% lo comenzó dentro del mismo año en que la consumió por primera vez.

Respecto al uso regular de la heroína ésta produce tolerancia, lo que significa que el individuo debe usar mayor cantidad para obtener la misma intensidad o efecto. Este uso de mayores dosis lleva con el tiempo a la dependencia física, en la que el cuerpo al haberse adaptado a la presencia de la droga, puede sufrir síntomas de abstinencia si se reduce o se abandona su uso. El 93.8% de los usuarios presentan dependencia física de los cuales prácticamente el 96.0% tienen un grado severo.

La abstinencia, que en el toxicómano regular puede ocurrir tan pronto como varias horas después de la última administración de heroína, provoca deseo de usar la droga, agitación, dolores en los músculos y en los huesos, insomnio, diarrea y vómitos, escalofríos con piel de gallina ("cold turkey"), movimientos en forma de patadas ("kicking the habit") y otros síntomas. Entre éstos, los principales alcanzan su punto máximo de 48 horas a 72 horas después de la última dosis y se calman después de una semana más o menos. Respecto a esto siguiendo los criterios para la descripción de los trastornos debidos al uso de sustancias del DSM-IV, entre la población estudiada se encontró que el 97.6% tenía dificultad para controlar el consumo de la heroína, el 97.0% presentaba tolerancia y el 94.1% síndrome de abstinencia.

El evento más sistemático es que el drogadicto se miente a sí mismo. "El drogadicto se droga para prometerse que no volverá a drogarse". Y cuando acepta en algo sus dificultades frente a la sustancia, comienza a responsabilizar a los demás de sus problemas (victimismo). Otro evento consistente es que el drogodependiente sabe cuáles son los puntos débiles y fuertes de cada uno de sus familiares, dato que le permite manipular o "chantajear" a su entorno para conseguir lo que quiere. El drogodependiente sólo tiene una idea en la cabeza y ella es: ¿Cómo y cuándo consumiré de nuevo? Varios autores llaman "compulsión" a este deseo irresistible. Mentir es algo completamente normal para el drogodependiente, lo hace parte de su mundo, llegando al punto de decirse mentiras a sí mismo.

⁷ Amigos, Compañeros de grupo.

De acuerdo a la información proporcionada por la ONU en un boletín de Enero / Febrero 1999. El número de muertes por sobredosis aumenta, posiblemente debido a la mayor pureza de la heroína. En los que corresponde a las sobredosis la mitad de los sujetos del estudio han tenido entre una y 30. El boletín también señala que nuevos y más jóvenes consumidores se sienten atraídos por la heroína, ante todo porque es fácil de conseguir, más barata y de mayor pureza. Con esto se corrobora lo que se encontró al hacer la comparación entre la edad de inicio y la edad actual señalado anteriormente. Por último el boletín reporta que el uso indebido de drogas múltiples ha aumentado en los Estados Unidos, concretamente la versión llamada speedball, mezcla de heroína y cocaína que se inyecta o se inhala, la cual tiene cada vez más aceptación. Este tipo de mezcla la consumía el 81% de los sujetos mientras que el 95.3% combinaba el uso de heroína con otras drogas, siendo nuevamente la cocaína la que ocupa el primer lugar seguida por marihuana.

La recuperación de la enfermedad frecuentemente es un proceso a largo plazo que implica recaídas múltiples antes que un paciente logre la abstinencia prolongada. Con relación a esto los individuos del estudio reportaron haber tenido de uno a siete ingresos a tratamiento de las cuales la mayor proporción el 58.8% han permanecido de 1 a 15 días en promedio en el tratamiento.

El tratamiento para las personas que abusan de las drogas consiste muy frecuentemente en terapias de comportamiento, como psicoterapia, orientación psicológica, grupos de apoyo o terapia familiar. Pero el tratamiento para los toxicómanos implica comúnmente una combinación de medicamentos y terapias del comportamiento. Los medicamentos son eficaces para contener el síndrome de abstinencia y las ansias de consumir la droga, reduciendo así el uso ilícito de drogas y aumentando la posibilidad de que el individuo permanezca bajo tratamiento. Ante esto el estudio mostró que únicamente el 16% de los sujetos han recibido en los programas a los que han asistido, atención médica y/o psicológica y de los centros que participaron en el estudio solamente uno contaba con psicólogo, el cual era la persona que entrevistaba a los usuarios cuando ingresaban al centro y realizaba orientación psicológica únicamente cuando se presentaba algún problema con el usuario o cuando éste solicitaba la orientación.

El método primario de abstinencia con asistencia médica consiste en hacer que el paciente use otra droga comparable que produce un síndrome de abstinencia más leve y en reducir después paulatinamente el medicamento sustituido hasta eliminarlo completamente. Para el tratamiento de la abstinencia de opiáceos, el medicamento que se usa con mayor frecuencia es la metadona, que se toma oralmente una vez al día. Los pacientes comienzan tomando la menor dosis que evite los síntomas más severos de la abstinencia y entonces la dosis se reduce poco a poco.

DuPont primer director de National Institute on Drug Abuse (NIDA, 1971) al realizar diversas investigaciones en E.U.A. se convenció de que el rápido aumento en la adicción a la heroína era una de las causas fundamentales de la escalada del crimen en la capital de la nación. En el fondo de esta conexión controvertida entre la delincuencia y las drogas está la preocupación no sólo por todos los crímenes o incluso sólo los crímenes graves, sino también por la violencia (que abarca el asalto, el robo, la violación, y el asesinato), que es una de las manifestaciones más terribles del comportamiento criminal. Mientras a unos les inundan las dudas sobre la relación entre el alcohol y el uso de otras drogas con la violencia, DuPont fundamenta su opinión en 30 años de experiencia de trabajo individual con criminales. Afirmando que el deseo de conseguir el dinero para las drogas prohibidas es sólo una de las muchas formas en que la droga causa delincuencia. Con esto podemos sustentar que el 45.1% roba para conseguir el dinero que necesita para comprar la droga y el 20.2% vende droga. Agregando a este dato que el 46.6% ha estado detenido entre una y más de 20 veces en los últimos 5 años en ciudad Juárez y de los cuales el 61.8% de ellos se sigo condenados a cumplir una sentencia dentro del CERESO de la ciudad.

LIMITES Y SUGERENCIAS

El realizar este trabajo, fue una experiencia realmente enriquecedora en el ámbito de la investigación del consumo de la heroína en nuestro país. La disponibilidad de los centros fue total, ya que los dirigentes están muy interesados en estudios de este tipo, los cuales les permiten conocer todos los cambios que se van dando entorno al consumo de drogas que se genera en sus comunidades, también están convencidos de que estas investigaciones son uno de los mejores métodos para conocer las características de las personas que acuden a sus centros a solicitar tratamiento, sirviendo también como medio de retroalimentación entre los diversos centros de tratamiento que existen en la ciudad.

Algunas de las dificultades que se presentaron principalmente en los centros religiosos, fue que en estos lugares se realiza una serie de actividades obligatorias, las cuales están programadas y en donde participan todos los internos, como lo son la hora en que reciben los alimentos, los momentos de oración o de ir al templo, la realización de tareas o labores referentes a la limpieza de los centros, entre otras que se estén llevando en el momento por algún evento especial del centro ó de la religión. Estas actividades no se pueden suspender por ningún motivo. Por lo que se tenía que hacer cita para asistir al centro para no intervenir en estas actividades y evitar con esto que se tuvieran que suspender las entrevistas.

Otro aspecto era el hecho de que en algunos centros no se contaba con un registro de las personas que ingresaban por falta de recursos para comprar material como libretas, ante esto se les proporcionó el material necesario, al igual que un formato propuesta en el cual se contemplaban aspectos para registrar los ingresos y egresos, los datos personales de los sujetos, las drogas consumidas, así como las vías de administración, frecuencia de consumo y edades de inicio.

Respecto a los centros no religiosos las limitantes fueron diferentes, aquí se contaba con el registro de las personas, pero al no estar los sujetos internados no se tenía la seguridad de que asistieran a recibir el tratamiento.

Por otra parte algo que se presentó en general con todos los centros, fue la falta de áreas adecuadas para realizar las entrevistas. Aún al no ser los lugar más convenientes o las situaciones más pertinente en varias ocasiones se tuvieron que compartir cubículos, en los cuales se entrevistaban a dos o más sujetos al mismo tiempo, se realizaron entrevistas en las cocheras de los centros, en la calle, en los carros de los entrevistadores, en los patios o en bodegas, siendo lugares que en la mayor parte de las ocasiones no se proporcionaban la privacidad necesaria, ni el aislamiento al ruido. Situaciones que pudieron ser factores que influyeran en las respuestas de los sujetos.

Un factor muy importante que se debe de contemplar en este tipo de estudios es el clima de la ciudad. En esta zona del país el clima es muy extremoso, razón por la que se pueden presentar diversas complicaciones en las investigaciones. En el caso de este estudio, se alargó el tiempo estimado para el levantamiento de los datos ya que el censo que se aplicó en los centros para calcular el tamaño de muestra se realizó entre los meses de octubre y noviembre, meses en los que en Ciudad Juárez ya es tiempo de frío y los centros presentan un mayor número de ingresos ya que muchas personas las cuales aunque no consuman drogas los utilizan como albergues durante esta temporada. A diferencia de esto en el mes de Julio, que fue el mes en que se comenzó a recopilar la información para el estudio era temporada de calor y durante esta la gente puede permanecer en las calles durante todo el día y la noche, lo que tiene como consecuencia que la gente no acuda a los centros en la misma cantidad que cuando es temporada de frío. Este contratiempo marca la importancia de contar con un registro anual.

el cual si hubiera existido, habría permitido identificar este tipo de circunstancias por cada temporada del año.

Se propone considerar la creación o adaptación de programas y campañas interdisciplinarias de prevención enfocados a los menores de edades, desde niveles de primaria ya que este estudio encontró personas que comenzaron el consumo de heroína a los 10 años.

Al encontrar en este estudio que el promedio de estancia en "tratamiento" es de 15 días, es recomendable considerar el concepto de recibir tratamiento ya que el simple hecho de que la persona asista al centro no quiere decir que realmente ha pensado en rehabilitarse, ya que la conciencia de enfermedad no implica simplemente el hecho de reconocerse como adicto, sino reconocer las dificultades internas que lo llevaron entre otras cosas a consumir drogas. Y es aquí donde es importante un tratamiento multidisciplinario, ya que es cierto que una persona puede rehabilitarse únicamente con un apoyo de ayuda mutua o religioso, pero eso no implica que aún en esos casos sea conveniente contar con atención profesional en psicología para el tratamiento de las adicciones.

Otro aspecto es el hecho de que la rehabilitación no termina al salir del centro, ya que en este momento el individuo se enfrenta nuevamente con su mundo real, en donde tiene que afrontar una gama de problemas y situaciones que le pueden implicar una inestabilidad tanto económica como emocional. Para poder apoyar al individuo en esta etapa se debe de contemplar en el programa de recuperación terapias ocupacionales las cuales tengan la finalidad de preparar al sujeto en actividades que le sirvan cuando salga del centro para reintegrarse tanto a la sociedad como a la vida laboral, en este punto se considera muy importante que los centros contarán con una bolsa de trabajo para proporcionarles a los sujetos empleos orientados a la rehabilitación completa y en la cuestión emocional se podría trabajar con un seguimiento del paciente en donde el continuara asistiendo al centro de una forma ambulatoria.

La familia al formar parte fundamental en la vida del usuario y al ser también afectada por el consumo de drogas por uno o varios de sus miembros es necesario que se incluya en el programa de rehabilitación, al igual que es necesaria la creación de programas de prevención y apoyo dirigidos a los hijos y parejas de usuarios independientemente de que el consumidor asista o no a tratamiento. También es importante la realización de campañas preventivas, en lugares como colonias de alto riesgo y escuelas, otro punto interesante sería que los centros forgaran un espacio abierto al público en general sobre orientación y asesoría sobre el consumo de drogas.

Para continuar esta línea de investigación sería conveniente realizar estudios que permitan valorar ¿porque asisten menos mujeres a solicitar tratamiento?, ya que como se menciono anteriormente el consumo de drogas entre las mujeres genera una problemática diferente a la de los hombres. Ante esto se debería de incluir en los programas el brindar servicios de apoyo a las mujeres que tienen hijos y no tienen quien se encargue de ellos durante el tiempo que permanezca en rehabilitación.

Es importante considerar para estudios ulteriores se contemplen además de los puntos señalados anteriormente, variables relacionadas a aspectos familiares, en donde se incluyan variables como el consumo de sustancias entre los padres, el número de hermanos, consumo de drogas entre los hermanos, lugar que ocupa en la familia, en el caso de los que tienen hijo, si estos consumen drogas, que drogas, a que edad comenzaron, que actitud tomaron ellos ante esto, relacionado a las parejas que han tenido si son o no consumidoras, en las mujeres que han tenido hijos profundizar más en las consecuencias que provoco el consumo de la heroína en el niño. Todo esto con la finalidad de identificar en esta población factores de protección y de riesgo que se encuentran dentro del hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association. (1996). A guide to Web's top sites. Britannica's Editors.
- Arias J., Fernández R., Kalina E. y Pierini C. (1990). La familia del adicto y otros temas. Buenos Aires. Ed: Ediciones nueva visión SAIC.
- González A., Chacón F. y Martínez M. (1988). Psicología Comunitaria. Tomás Bretón. Madrid. Visor distribuciones, S.A.
- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales DSM-IV. Barcelona España: Edit Masson, S.A. 1996.
- Avalos C. (1992). La farmacodependencia, un fenómeno multifactorial. Las adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario. 63-67.
- Ayestaran S. (1987). La perspectiva psicosocial en el estudio de las drogodependencias. En: J.ELZO (Dir.) Drogas y escuela III. San Sebastián: Caja de ahorros Municipal.
- Buitron N. (1995). La farmacodependencia en estudiantes de la facultad de psicología de la UNAM (Una aproximación epidemiológica). Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de psicología. México: UNAM.
- Brien Fehr Kevin O', Josseau Kalant Oriana, Kalant Harold y Single Eric W. (1980). Cannabis efectos adversos sobre la salud. Salud Mental, 3(4), invierno.
- Cabezas R. (1982). Disposiciones religiosas y su influencia sobre el ejercicio de la profesión del Psicólogo: Tesis de Licenciatura de Psicología. Costa Rica. San José: Universidad de Costa Rica.
- Cabezas R. (1988). Psicoterapia Cristiana. Miami: Clie.
- Calderón G. (1984). Salud Mental comunitaria un nuevo enfoque de la psiquiatría. Ed. Trillas.
- Centros de Integración Juvenil CIJ (1997). Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos. México: CIJ.
- CIJ. (1989). Heroína. México: CIJ.
- CIJ. (1998). Reflexiones en torno a las adicciones. México: CIJ.
- CIJ. (1990). Riesgos macrosociales de farmacodependencia a nivel municipal y red estratégica de atención en México. México: CIJ.
- Chavez de Sanchez M. y Pacheco Santos G. (1986). Drogas y Pobreza. México, Trillas.
- Carballeda A. (1991). La farmacodependencia en América Latina: su abordaje desde la atención primaria de salud. Washington, Organización Panamericana de la salud.
- Carrada T. (1987). La farmacodependencia como problema de salud pública. Avances y perspectivas de prevención. Boletín Médico Hospital Infantil de México, 44(8), agosto. 499-501.
- Castañedo C. (1990). Grupos de encuentro en terapia Gestalt. Barcelona: Editorial Heder.
- Cravioto P. Medina-Mora ME. (1999). El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones. México: SSA.

Cravioto P. (1996). Riesgo del consumo de drogas ilegales entre la población económicamente activa: encuesta nacional de adicciones 1993. Tesis de Maestría en Ciencias. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Cravioto P. Capítulo 18 La heroína en: las adicciones dimensión impacto y perspectiva 2da. Edición. Editorial Manual Moderno 2001.

Cravioto P. (2002). La magnitud y naturaleza del problema del problema de la heroína en Ciudad Juárez. Tesis Doctoral. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

CONACE: Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes. Ministerios de salud. Cartilla 6. Organización de los Estados Americanos.

CONADIC. (1992). Las drogas y sus usuarios. México. Secretaría de Salud.

CONADIC. (1992). La familia. México. Secretaría de Salud.

CONADIC – SSA. (1998). Norma oficial mexicana para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. México: SSA.

CONASIDA, SSA. El SIDA en México en el año 2000.

Coon D. (1986). Introducción a la Psicología. México SITESA.

De la Fuente R. (1987). El problema de la farmacodependencia. Visión de conjunto. Salud Mental. 10(4), diciembre, 7-10.

De la Fuente R. (1997). La patología mental y su terapéutica. México. Fondo de cultura económica.

De la Rosa B. (1997). Factores de riesgo para el consumo de drogas ilegales en adolescentes mexicanos. Tesis de Maestría en Ciencias. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Del Moral M, Fernández L. Conceptos fundamentales en Drogodependencias. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC y Lizasoain I. Drogodependencias. Edit Médica Panamericana, Madrid:1998.

DuPont, R. L. 1972 Heroin addiction treatment and crime reduction. American Journal of Psychiatry 128:56-60.

DuPont, R. L. 1971 Profile of a heroin addiction epidemic. New England Journal of Medicine 25:320-24.

Elizondo J. (1998). Predictores biológicos para la prevención de adicciones. Liber Addictus Año 5, número 16. Prevención vs lamentación. Enero - Febrero.

Elzo J. et.al. Drogas y escuela IV. Ed. Donostica- San Sebastián (1992).

Feixas G. y Miro T. (1991). Aproximaciones a la psicoterapia. México: Paidós.

Fenichel O. (1994). Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. México: Paidós.

Fromm. E. (1970). Psychoanalysis and Religion. Connecticut: Bantain.

Gamboa S. (1999). La farmacodependencia a heroína, estudio comparativo entre dos métodos de rehabilitación aplicados a adictos en la ciudad de Mexicali, Baja California. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de psicología. México: UNAM.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- García C. (1990). *Qué son las drogas. Alucinógenos*. México, Árbol Editorial.
- García C. (1990). *Qué son las drogas. estimulantes*. México, Árbol.
- García C. (1990). *Qué son las drogas. mariguana*. México, Árbol.
- Gardner, H. (1985). *The mind's new science: a history of the cognitive revolution*. New York: Basic Books.
- Goldman, Howard, M.D., Ph.D. (1989). *Psiquiatría general*. México: El Manual Moderno.
- Guarner E. (1984). *Psicopatología clínica y tratamiento analítico*. México, Librería de porrua hnos y cia., S.A.
- Jaffe J. *Drug Addiction and Drug Abuse*. (1990). En A. G. Gilman, T. W. Rall, A. S. Nies y P. Taylor (comps.), Goodman and Gilman's. *The Pharmacological Basis of Therapeutics*, 8ª. Ed., Nueva York: Pergamon Pres, pp. 522-573.
- Hoff P. (1981). *El pastor como consejero*. Miami: Vida.
- Magis, R. C., Valdespino, G. J. y González, D. F. (1994). *Epidemiología del uso de drogas intravenosas y el SIDA en México. Las adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario*. 88-98.
- Medina-Mora, M., Mariño, H. Ma., Berezan, G. S., Juárez, G. F. y Carreño, G. S. (1992). *El consumo de drogas en la ciudad de México de la adicción. Las adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario*. 87-97.
- Mercado G. et.al. (1998). *Terapia cognitiva y cognitivo - conductual*. México: CIJ.
- Nahas G. y Trouvé R. (1992). *Manual Toxicomanías*. Barcelona. Masson.
- Norma Oficial Mexicana. NOM-028-SSA-1999. *Para la prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones*. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el viernes 15 de Septiembre de 2000. Primera Sección. páginas 12 - 33.
- Origenes y efectos de las adicciones. (1997). México. SEP. Biblioteca para la actualización del maestro.
- Ortiz, A. Y cols. *Resultados del Sistema de Registro de Información en Drogas 1986 - 1998*. Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1998.
- Ortiz A. (1992). *Aspectos Psicológicos de la adicción. Las adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario*. 69-78.
- Ortiz, A., Romero, M., Rodríguez E., González L. y Unikel, C. (1992). *El consumo de drogas en la ciudad de México. Las adicciones en México: Hacia un enfoque multidisciplinario*. 43-48.
- Ortiz M. y Wagner E. (1989). *Heroína*. México: CIJ.
- Parker, William. (1989). *La oración en la psicoterapia*. México: Editorial Pax.
- Organización Panamericana de Salud, Fundación W.K. Kellog (1997). *Estado del arte en resiliencia*. Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Prevenir para una vida sin adicciones. (1992). *Manual para la Familia. Prevención y detección del uso indebido de drogas. Secretaría de programación para la prevención de la drogadicción y la lucha contra el narcotráfico presidencia de la nación*.
- Rivera, M:E: (1979). *La iglesia como comunidad redentora y terapéutica*. New York: Princeton University.

Rodríguez J. (1996). ¿Porqué nos Drogamos?. Madrid. Ed. Biblioteca Nueva.

Rojas M. (1998). Análisis de los factores de riesgo que pueden predisponer a los adolescentes hacia el uso de drogas. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de psicología. México: UNAM.

Rossi P. (Presidente. Fundación Manantiales). Las drogas y los Adolescentes. Ed. Planeta.

Rosovsky H. Cravioto P. Medina - Mora ME, comps. El consumo de drogas en México. Secretaría de Salud. México: 1999.

Roth E., Urquidí E. y Curi M. (1989). Drogas: Una aproximación Integral. Bolivia. Ed. CIEC SEAMOS

Secretaría de Salud. Cuestionario de la ENA-98. (1998). México: SSA.

Suarez J. (1989). Serie investigaciones Heroína. Perfil Sustancias. Vol. 2, Tomo I. Capítulo I México.

Tapia R. et al. (1998). Encuesta Nacional de Adicciones de México: SSA.

Tapia R. (Comp.) Las adicciones en México: dimensión, impacto y perspectivas. México: Manual Moderno, 1994.

Tapia R., Cravioto P, Kuri P. y cols. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. México: SSA, 1991 a 1999.

U.S. Department of Health and Human Services. (1986). Public Health Service. Alcohol, drug Abuse, and Mental Health Administration. National Institute on Drug Abuse, Washington. Publicación de DHHS No. (ADM)86-1427(SP).

Vázquez G. (1996). El psicólogo clínico; su formación y las técnicas de intervención que utiliza en su ejercicio profesional. Tesis de licenciatura en psicología. Facultad de psicología. México: UNAM.

Vera E. (1988). Droga psicoanálisis y toxicomania. Argentina. Ed. Paidós.