

11282
6



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

**PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN
CIENCIAS MÉDICAS ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD**

**LOS PATRONES DE CONSUMO DE LA COCAÍNA Y LA
UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN
CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA**

**T E S I S
PARA OPTAR POR EL GRADO
ACADÉMICO DE DOCTOR EN CIENCIAS
P R E S E N T A
ROBERTO C. TAPIA CONYER**

**TUTORA: DRA. MA. ELENA MEDINA-MORA ICAZA
CO-TUTORES: DR. IGNACIO MÉNDEZ RAMÍREZ
DRA. LUCIANA RAMOS LIRA**

México, D.F.,

2003

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**

PAGINACIÓN DISCONTINUA

Agradezco el apoyo brindado a mi Comité Tutorial:

Dra. María Elena Medina-Mora Icaza
Dr. Ignacio Méndez Ramírez
Dra. Luciana Ramos Lira

... de Biblioteca
formato electrónico e impresc
mi trabajo recepción
Roberto Tapia Cruz
6 mayo 2003
Roberto Tapia C.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En agradecimiento a las aportaciones brindadas para esta tesis:

Dra. Graciela Rodríguez Ortega
Dr. Luis Alberto Vargas Guadarrama
Dra. María Elena Medina-Mora Icaza
Dr. Héctor Avila Rosas
Dra. Claudia Infante Castañeda
Dr. Malaquías López Cervantes
Dr. Guilherme Luiz Guimaraez Borges

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mi agradecimiento a todas las personas que contribuyeron
conmigo para el desarrollo de este proyecto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

RESUMEN.

INTRODUCCIÓN.

1

PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES Y MARCO TEÓRICO.

Capítulo I. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL ARTE EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA COCAÍNA.

3

I.1.- Aspectos históricos.

3

I.2.- Tipos y formas de la cocaína.

6

I.3.- Farmacología.

7

I.4.- Tolerancia, síntomas de abstinencia y dependencia a la droga.

9

I.5.- Efectos y daños a la salud.

11

I.6.- Complicaciones orgánicas y psicopatológicas del consumo de la cocaína.

14

Capítulo II. EMERGENCIA DEL PROBLEMA.

16

II.1.- Panorama internacional del consumo de cocaína.

16

II.2.-¿Qué dicen los estudios en México?.

19

II.3.-¿Qué pasa en las ciudades consideradas como de alto riesgo en México?.

23

II.4.- Enfoques y modelos conceptuales en el estudio y abordaje del fenómeno de las drogas.

25

II.5.- El consumo de cocaína: una condición de salud convertida en necesidad.

39

II.6.- Contexto y características demográficas de Ciudad Juárez

41

Capítulo III. MARCO TEÓRICO.

51

III.1.- El campo de la investigación y la acción en Salud Pública.

51

III.2.- La respuesta social organizada: Los Sistemas de Salud.

53

III.3.- El Sistema de Salud de México.

60

III.4.- Utilización de los Servicios de Salud.

64

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN.

Capítulo IV. METODOLOGÍA.

75

IV.1.-Marco metodológico.	75
IV.2.-Planteamiento del problema.	77
IV.3.-Objetivos.	78
IV.4.-Tipos de investigación y diseño del estudio.	79
IV.4.1. Técnicas cuantitativas: estudio transversal analítico.	79
IV.4.2. Técnicas cualitativas: grupos focales.	91
IV.5.- Plan de Análisis.	94
IV.5.1. Codificación y captura.	94
IV.5.2. Análisis descriptivo.	95
IV.5.3. Comparación de grupos buscando diferencias significativas.	95
IV.5.4. Construcción de la historia natural del consumo de cocaína.	95
IV.5.5. Construcción de las tipologías del consumo de cocaína.	97
IV.5.6. Disparadores, barreras y utilización de los servicios de salud entre los consumidores de cocaína.	98
IV.5.7. Análisis e interpretación de los datos cualitativos.	99
IV.5.8. Secuencia del análisis e interpretación de los datos.	100
IV.6.- Consideraciones éticas.	101

Capítulo V. RESULTADOS.

104

V.1.- Descripción de la población de estudio.	104
V.2.- Historia de consumo y formas de uso de la cocaína.	112
V.3.- Factores asociados al inicio y continuidad del uso de la cocaína.	113
V.4.- Efectos inmediatos al consumo y estrategias para lograrlos y mantenerlos.	126
V.5.- Riesgos percibidos para la salud.	128
V.6.- Tipologías de usuarios de cocaína: definición de los tipos.	133
V.7.- Disparadores, barreras y utilización de los servicios de salud entre los consumidores de cocaína.	143

V.8.-	Apreciación sobre la respuesta de los servicios de salud ante el problema del consumo, perspectiva del usuario y del prestador del servicio.	149
V.8.1.	Perspectiva de los usuarios y usuarias.	150
V.8.2.	Perspectiva de los prestadores de servicios: consejeros de centros de tratamiento.	192
V.8.3.	Perspectiva de los prestadores de servicios: personal de los servicios de salud.	213
Capítulo VI. DISCUSION DE RESULTADOS.		225
Capítulo VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.		243
REFERENCIAS.		250
ANEXOS.		

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESUMEN

Introducción: A partir de la década de los ochenta, el consumo de la cocaína en México se considera un problema de salud pública debido al incremento en áreas geográficas tradicionalmente problemáticas como la frontera norte y zonas turísticas del país y por la aparición de nuevas formas de uso como el crack, así como diferentes vías de administración (inhalada, fumada o por vía intravenosa) sobre todo entre los jóvenes. Lo anterior ha motivado una evolución del uso al abuso e incluso a la dependencia por esta droga, lo que se ve reflejado en el incremento de la demanda a tratamiento por las complicaciones que su uso conlleva. El asumirlo como un problema de salud pública implica que se requiere de la existencia y reorganización de los actuales servicios de salud para enfrentarlo, lo cual representa un nuevo reto. Para lo cual, se deberá contar con opciones de tratamiento novedosas que, sustentadas en conocimientos empíricos y teóricos, brinden una respuesta adecuada a todas las nuevas aristas de esta problemática.

La información de la presente tesis brinda conocimientos de la historia natural del consumo de cocaína, los patrones de consumo de estos usuarios y el cómo es su utilización de los servicios de salud, con el propósito de contribuir con información para la toma de decisiones de intervenciones preventivas y de atención en el manejo del uso, abuso y dependencia a esta sustancia.

Objetivo: Comparar la descripción dinámica de los aspectos técnicos del uso de la cocaína en el tiempo, incluyendo la cesación, los efectos de la droga y sus consecuencias, así como el contexto cultural de su uso durante toda la carrera de consumo del individuo (Historia Natural de Consumo de Cocaína), entre usuarios que acuden a tratamiento y aquellos usuarios que no llegan a tratamiento, con el fin de diseñar y orientar a los servicios de salud en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Metodología: Para realizar este trabajo se utilizaron dos enfoques metodológicos, uno cuantitativo a través de un diseño observacional de tipo transversal analítico en donde se entrevistaron a 225 usuarios de cocaína mayores de 14 años, residentes de Ciudad Juárez

en los últimos seis meses. De ellos 150 se seleccionaron por muestreo no probabilístico por cuotas en centros de rehabilitación; los 75 restantes se incorporaron utilizando el método de *bola de nieve* en zonas de alto riesgo. Además se obtuvo información de 75 usuarios de otro tipo de drogas diferentes a la cocaína (o que al menos no la hubieran usado durante los últimos cinco años), residentes de Ciudad Juárez y mayores de 14 años y que al momento de la entrevista se encontraran en algún centro de tratamiento. La recolección de los datos cuantitativos incluyó información sociodemográfica, uso de cualquier droga y características de la evolución del consumo, así como información sobre la utilización de servicios de salud en servicios de urgencias, hospitales y centros de tratamiento. El segundo enfoque metodológico utilizado fue cualitativo, el cual incluyó la conducción de cinco grupos focales (jóvenes varones usuarios de cocaína en tratamiento; adultos en tratamiento por consumo de cocaína y mujeres usuarias de esta droga que no se encontraran en tratamiento; prestadores de servicios en instituciones de salud y de centros de tratamiento).

Resultados: La muestra estuvo constituida principalmente por varones; la mediana de la edad fue 28 años. La escolaridad básicamente fue primaria y 52.4% señaló tener algún tipo de ocupación generalmente subempleos. La mitad fueron solteros y su religión el cristianismo. De todos los usuarios de cocaína el 99% habían tenido una historia previa de consumo de otras drogas, (tabaco, alcohol y marihuana). La edad de inicio del consumo de drogas en general fueron los 12.5 años (DS \pm 3.3). El 61% incorporó la cocaína a su patrón de consumo como su quinta droga, la edad de inicio de la cocaína en promedio fue a los 21 años (DS \pm 7.4), principalmente asociada al círculo de amigos, fiestas y ociosidad. La principal vía de administración fue inhalada y más del 80% desarrollaron dependencia. Se construyeron tres patrones de consumo según frecuencia de inicio de la cocaína: leve, moderado y severo, sin diferencias significativas entre sus características sociodemográficas. A través de un análisis de conglomerados se construyeron las tipologías de consumo de cocaína identificando cuatro tipos a partir características que identifican su consumo habitual. El primero y segundo tipo se caracterizaron por utilizar la cocaína en ambientes de menor riesgo mientras que el tercero y cuarto la usan en picaderos o cualquier sitio. Los amigos fueron la principal compañía para usarla y el primer tipo la usa por sus efectos placenteros; el segundo por depresión; el tercero por dependencia y el cuarto por presión de grupo y efectos placenteros.

Los principales problemas de salud percibidos constituyeron un disparador para demandar tratamiento, principalmente en servicios de urgencias por accidentes, riñas y sobredosis. Asimismo 23% refirió haber estado hospitalizado, con una adecuada percepción del sitio y el trato donde fueron atendidos. Más del 80% estaba dispuesto a

solicitar de nuevo atención en el mismo lugar. Sin embargo, la metodología cualitativa evidenció que los usuarios perciben que no tienen prioridad dentro del sistema de salud, que no los atienden bien y que reciben atención de segunda. Asimismo, resaltó que mientras para los usuarios no son importantes las instalaciones del centro de tratamiento sino el trato, para el personal de éstos y de instituciones si lo son. Hubo plena coincidencia en la necesidad de capacitación a todos los prestadores de servicios y la necesidad de informar adecuadamente el tipo de tratamiento recibido. En las mujeres se evidenció que enfrentan mayores barreras para demandar atención en donde el estigma de ser usuarias de drogas y en muchos casos prostitutas así como carencias de redes sociales de apoyo.

Conclusiones: Los resultados de esta tesis dieron la pauta para aseverar la necesidad de contar con investigaciones con enfoques metodológicos plurales que combinen técnicas cualitativas y cuantitativas para dar respuesta en lo teórico, conceptual y operativo a los actores involucrados. Aunque la cocaína no es una droga de primera elección y la incorporan más rápido los que inician con alcohol y tabaco que aquellos que lo hacen con marihuana, el 88% terminan consumiéndola con un patrón severo. El inicio en el consumo de drogas en general y de la cocaína en particular se presenta a edades tempranas, en las que se producen cambios biológicos, fisiológicos y psicológicos asociados con la pubertad, adolescencia y juventud, con claras implicaciones para la salud (edades reproductivas) y en el ámbito laboral (edades productivas) de los usuarios que, como lo muestran estos resultados, pertenecen principalmente, a sectores tradicionalmente marginados. Por lo que llegar a un patrón de uso severo, sólo confirma su exclusión social. La aportación del análisis de la historia natural del consumo de cocaína con la identificación de las tipologías permite distinguir desde aquellos que la usan por sus efectos positivos que les permite cierta funcionalidad hasta los que son dependientes a la droga. Por otra parte la mayoría de los resultados cuantitativos muestran que los adictos sienten adecuada la calidad de los servicios, sin embargo existen controversias con la información cualitativa, en donde se hacen evidentes algunas barreras para no solicitar atención, como la estigmatización, discriminación y falta de capacitación de los prestadores de servicios. Es por ello que el conocimiento de la historia natural del consumo de la cocaína, así como la utilización que hacen de los servicios de salud pone de manifiesto la necesidad de contar con tratamientos integrales que respondan a las necesidades específicas de los usuarios así como a la integración en el sistema sanitario y optar por el compromiso de enfrentar las adicciones como una nueva política de salud que implique el reconocimiento de un problema prioritario.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN

La problemática de la farmacodependencia o adicción a sustancias psicoactivas, ha tenido en los últimos años diferentes y hasta opuestas formas de conceptualización y abordaje. Sin embargo, el sector salud, en particular mediante programas desarrollados por instituciones gubernamentales y no gubernamentales, ha conformado un saber, así como una práctica rica en conceptos, definiciones, enfoques y acciones operativas capaces de enfrentar la situación actual.

El devenir histórico del fenómeno de las drogas en nuestras sociedades modernas, muestra diversas etapas de sus formas de estudio y abordaje. En los años sesenta la concepción represiva de las drogas dio paso a la concepción médico-sanitaria del tema, la que a su vez impulsó un cambio teórico-metodológico generalizado que desembocó en una concepción básica que se sitúa de manera integral. Estas distintas concepciones, si bien aparecieron sucesivamente, coexisten en la actualidad con predominio de una u otra según el equilibrio de fuerzas del momento, así como del enfoque político del Estado.

Durante las últimas décadas, los diversos cambios en el estado de salud de la población, tal y como lo ejemplifica la transición epidemiológica y como resultado del lugar que ocupan las adicciones en las sociedades industrializadas, han derivado en diversas investigaciones para explorar la magnitud del uso de sustancias psicoactivas, así como para conocer su etiología y factores asociados, lo cual ha asignado a los sistemas de salud el compromiso de dar respuesta al enorme reto que las adicciones imponen.

En los últimos diez años, la mayor parte de los estudios, tanto internacionales como los llevados a cabo en México, han reportado un aumento en la prevalencia de uso de varias drogas, entre las que destaca la cocaína, además de la disponibilidad de nuevos productos, lo que predice un incremento del daño físico, mental y socioeconómico causado por el abuso de las mismas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Definir el consumo de drogas como una condición que afecta a la salud de los individuos y que requiere de algún tipo de atención, se asume como un problema de salud que requiere de la existencia y organización de servicios de salud adecuados para enfrentarla. Tal situación, en el contexto de los actuales sistemas de salud y de los servicios que lo integran, deberá responder a este nuevo reto que constituye el creciente incremento en el consumo de drogas, particularmente de la cocaína; para ello, se debe apelar al conocimiento acumulado, a mejores esfuerzos de organización, a la capacidad de respuesta de los servicios, al impulso de nuevas investigaciones y a mejores acciones integrales que impacten y modifiquen su tendencia.

Desde una posición basada en el paradigma médico-sanitario y como resultado de una mezcla de factores involucrados como son los económicos, sociales, políticos, culturales y ambientales, ha dado lugar a formular preguntas cada vez más complejas por parte de los investigadores inmersos en el contexto de la salud pública actual. Lo anterior, unido al reto ya descrito, subraya la necesidad de que las nuevas investigaciones en salud pública utilicen y combinen metodologías diversas, tanto con métodos cuantitativos como cualitativos de investigación.

La presente investigación pretende profundizar en la historia natural del consumo de cocaína entre sus usuarios, ello con el fin de contribuir con nuevos conocimientos capaces de permitir un mejor diseño y orientación en las respuestas de los servicios de salud en el contexto de la realidad mexicana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**PRIMERA PARTE: ANTECEDENTES Y
MARCO TEÓRICO**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

**I. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL
ARTE EN LA INVESTIGACIÓN
SOBRE LA COCAÍNA**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I. ANTECEDENTES Y ESTADO DEL ARTE EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA COCAÍNA

I.1. ASPECTOS HISTÓRICOS

La planta de la coca, nativa de Suramérica, pertenece al género *Erythroxylum*. La especie *Erythroxylum coca* crece de manera silvestre en las montañas de la región andina y sus propiedades psicoactivas fueron probablemente descubiertas hace más de 7 000 años. El arbusto es una planta de hoja perenne, tiene una corteza rugosa de color pardo rojizo, pudiendo alcanzar una altura de hasta seis metros; sin embargo, debido a la dificultad para recolectar las hojas sólo se le deja crecer hasta dos metros. (Díaz, 1992)

Los indios chibcha de Colombia parecen haber representado un papel decisivo en su difusión hacia el sur, y para el siglo X a. C. ya era usada por los aymarás. (Díaz, 1992) De la lengua de este pueblo parece haber surgido la denominación de “coca”, que significa simplemente “planta” o “árbol”. Del aymará pasó al quechua, lengua utilizada en Ecuador y Perú, deformándose y conociéndosele como *coca*. El mismo significado etimológico de esta palabra hace alusión al uso que maravilló a los españoles al masticar las hojas y con ello efectuar largas caminatas o trabajos pesados con poca necesidad de alimentos; de ahí que se le conociera como “comida o alimento de viajeros o trabajadores”. (García, 1990; Torres de Galvis, 1997)

No se conoce con precisión el origen de su uso, pero se remonta a alrededor del año 3000 a. C., convirtiéndose en un elemento importante para las culturas suramericanas. Para cuando los incas conquistaron la tierra poblada por los aymarás y los quechuas, la coca ya ocupaba entre estos últimos un lugar importante. Así, pasó a ser la planta sagrada de los incas, quienes la utilizaban en sus rituales, como medicamento, además de hacer regalos especiales. El Estado controlaba su producción, distribución y uso. (García, 1990; Torres de Galvis, 1997)

Después de la conquista española su uso ritual cambió generalizándose su consumo entre la gente común como un instrumento para facilitar la explotación de los indios; esto es, se permitió su uso para compensar las dietas insuficientes y “mitigar” el hambre. Este hecho produjo el primer conflicto moderno concerniente a las drogas: por un lado, la Iglesia condenaba su uso en las prácticas “paganas”, por lo que abogaba por la destrucción de las cosechas; por el otro, los colonizadores propiciaban su expansión, señalando su importancia económica como un medio para incrementar la productividad de los indios. (Díaz, 1992) Esta reestructuración mercantil estuvo principalmente asociada a la explotación de recursos minerales. Así, por orden de Felipe II, desde 1559 la coca empezó a usarse como instrumento orgánico de explotación de la fuerza de trabajo andina, con la obligación de producirse para satisfacer las necesidades de la minería colonial. (García, 1990; Gómez, 1991; Carballeda, 1991)

En 1750 el botánico J. de Tussie mandó la planta a Europa, donde se examinó y clasificó como *Erythroxylum coca*. La primera descripción botánica aparece en el libro del físico español Monardes, publicado en 1880. (García, 1990; Gómez, 1991)

Debido en gran parte al análisis realizado en 1857 por la neuróloga Paola Mantegazza, quien publicó un artículo sobre sus experiencias al consumir hojas de coca en Perú y sobre los posibles beneficios de esta sustancia en la medicina, a mediados del siglo XIX comenzó a generalizarse su uso en el mundo médico. En 1858 el Dr. Schezer, en una misión a Suramérica, recolectó hojas de coca que entregó a su regreso al químico Wholer de la Universidad de Gottingen, Alemania. Entre 1859 y 1860, Neiman aisló el alcaloide puro de la coca llamándole cocaína. En 1862 Willhem Lossen encontró la fórmula química y comenzó el uso de la cocaína pura y el consumo de los extractos de la hoja. Uno de sus primeros usos en medicina fue como anestésico local, pero desafortunadamente su uso se extendió a otras áreas fuera del campo de la medicina. (García, 1990; Torres de Galvis, 1997)

Muchos médicos, a la zaga influidos por Mantegazza, utilizaron la cocaína en su práctica médica, tal es el caso de Freud y Koller. Este último la introdujo como anestésico oftalmológico local, mientras que Freud, por entonces médico asistente en la *Allgemein Krenkenhaus* de Viena, se aventuró en 1884 a experimentar la droga sobre sí mismo y utilizarla como desmorfinizante en un colega morfinómano. Algunos años antes se había empezado a emplear en los Estados Unidos la inyección de una solución de cocaína para el tratamiento de los morfinómanos. (Viesca, 1994; Carballeda, 1991)

En 1892, se iniciaron las investigaciones acerca de sustitutos sintéticos de la cocaína, y en 1905 se sintetizó la procaína, anestesia utilizada aún en la actualidad. Sin embargo, por sus efectos y la consecuente moda, su uso rebasó el ámbito médico haciéndola tan

popular como la heroína y la morfina. Por ejemplo, en los Estados Unidos, la cocaína llegó a convertirse en un ingrediente común de tónicos; de hecho, hasta 1902, la Coca-Cola incluía en sus preparados hojas de coca en su fórmula. Más adelante, en 1912, la cocaína era de empleo común en Francia, utilizándose en problemas de garganta y como tratamiento para adicciones al alcohol, opio y morfina, aunque su uso disminuyó posteriormente. (García, 1990; Gómez, 1991)

Para 1914, en Estados Unidos la ley sobre narcóticos de Harrison clasifica a la cocaína dentro de ese grupo, imponiéndole las mismas sanciones por posesión y tráfico que a la heroína y morfina. En 1922, una enmienda al Narcotic Drugs and Export Act prohíbe la importación de las hojas de coca, excepto para usos farmacéuticos controlados. Con esta prohibición y otras medidas, el uso de la cocaína en Europa y los Estados Unidos se restringió a ciertos círculos, especialmente de intelectuales y artistas. Como consecuencia, el uso de la cocaína, fuera de los círculos mencionados, desapareció prácticamente por cerca de 50 años, ocupando las anfetaminas el espacio dejado por esta sustancia. Sin embargo, a mediados de los años sesenta el mercado de la coca revivió por la demanda en los Estados Unidos generada por diversos factores, entre los que destacan el creciente control sobre las anfetaminas y la consecuente reducción de su accesibilidad; la aparición en la sociedad estadounidense de un movimiento de liberación de la juventud enfrascada en el consumo de drogas, y la concentración de los esfuerzos para neutralizar ese movimiento y para controlar la marihuana y el LSD, que había dejado de lado la cocaína, pues en ese momento no se consideraba como un problema. (García, 1990; Lorenzo, 1998)

En contraste, en México se encuentra muy poca información sobre cocaína en la literatura médica; en 1855, por ejemplo, se describen sus efectos fisiológicos. Un solo artículo de 1890 se refiere al envenenamiento por cocaína y su tratamiento con ácido fénico, y no es hasta la década de 1970 cuando de manera sistemática se comienza a realizar investigación sobre el problema de la farmacodependencia. La expansión del problema, al involucrar a más sectores de la población, así como sus costos familiares, sociales y laborales, obligó a considerar el uso de estas sustancias adictivas como un problema de salud pública. (Viesca, 1994; Gómez, 1991)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I.2. TIPOS Y FORMAS DE LA COCAÍNA

En el mercado ilícito de esta sustancia existen diversos derivados de la cocaína, mismos que los usuarios utilizan por diferentes vías de administración, entre ellos se encuentran:

Clorhidrato de cocaína: Es un polvo blanco cristalino, frecuentemente diluido con una gama de ingredientes, siendo los más comunes la lactosa, inositol, manitol y anestésicos locales como la lidocaína; pese a ello, contiene aproximadamente de 89 a 98% de cocaína pura. Es lábil al calor y soluble al agua. Esta sal es usualmente administrada por vía oral, intranasal, intravenosa o subcutánea e inclusive intramuscular. La inyección puede contener únicamente clorhidrato de cocaína o combinarse en una mezcla con heroína o metadona, denominada "speed ball". El clorhidrato de cocaína es conocido entre los usuarios como: *nieve, perico, lineazo, grapa, blanca nieves* (términos usados en México), u *oro blanco, Big C, Damablanca, polvo blanco, coke, Mama coca* y otros más en diversos países. (García, 1990; Gómez, 1991; World Health Organization, 1995)

Asimismo, se han descrito otras formas de administración a través de las mucosas bucal, rectal y vaginal, y mediante laceraciones en la piel. (García, 1990; Torres de Galvis, 1997; Gómez, 1991; World Health Organization, 1995)

Cocaína base libre / crack: Corresponde a dos formas químicamente idénticas pero preparadas de forma distinta. La denominada "base libre" o "freebased", es el alcaloide de cocaína altamente puro, se deriva del clorhidrato de cocaína cuando se añade amonio a una solución acuosa y se calienta. Se puede obtener una pasta dura una vez que el agua se ha evaporado o bien una base libre extraída por medio de éter. Dado que esta forma es estable al calor e insoluble al agua, el alcaloide de cocaína se consume generalmente por inhalación de vapores, esto es, fumada.

La denominada "crack" se refiere a la forma de cocaína aislada a partir de una solución acuosa después de un tratamiento con bicarbonato de sodio. Al fumarse, los cristales que la forman se rompen en pequeñas piezas, produciendo un sonido característico que le dio su nombre onomatopéyico de "crack". Esta forma no ionizada y sólida de cocaína es sumamente barata debido a que es una variedad impura y de baja concentración. También se le conoce entre los usuarios como: *roca, piedra, rock, baserola*. (Gomez, 1991; World Health Organization, 1995; US Department of Justice, 1986)

Pasta de Coca: Se refiere a la denominada "pasta", "pasta básica" o "basuco", muy común y predominante de las regiones andinas. Su uso se inició en Perú alrededor de 1972 y de

ahí se extendió su consumo a Colombia, Bolivia, Ecuador, Chile y otros países del Cono Sur. El "basuco" es un polvo que contiene de 40 a 90% de cocaína, además de otros alcaloides de la hoja de coca y una mezcla variable de adulterantes químicos. Es un producto intermedio en el paso de la hoja de coca a la forma de clorhidrato. Se le ha dado en llamar la "cocaína de los pobres" debido a su bajo costo en un inicio (después por su poder adictivo se vuelve más costosa) y a que son los sectores más desprotegidos de la población quienes la utilizan. El basuco se fuma luego de extenderlo en papel, usualmente de periódico y enrollado como cigarrillo; asimismo, suele fumarse combinado con tabaco o marihuana; a ésta forma se le conoce como *pistolas, tabacazos o diablitos*, dependiendo del lugar. (Torres de Galvis, 1997; US Department of Justice, 1986)

Hojas de Coca: Son utilizadas principalmente por poblaciones indígenas de los Andes, particularmente entre los campesinos quechuas y aymarás. El contenido de cocaína va de 0.5 a 1.5%, su uso se limita a coadyuvar con las labores del campo a grandes alturas y disminuir los síntomas de la presión atmosférica y no con fines de intoxicación. Las hojas de coca se mastican o se beben mediante una infusión de té denominado mate de coca. (García, 1990; Torres de Galvis, 1997; World Health Organization, 1995)

I.3. FARMACOLOGÍA

La cocaína es un fuerte estimulante del Sistema Nervioso Central (SNC) que obstaculiza el proceso de reabsorción de dopamina en las vesículas presinápticas de las neuronas del cuerpo estriado, del núcleo accumbens y de la corteza prefrontal medial. Este mensajero químico, que está asociado con el placer y el movimiento y que tiene que ver con el estímulo que caracteriza el consumo de esta droga, relaciona a la cocaína con el sistema de recompensa del encéfalo. (Bieleman, 1993; National Institute on Drug Abuse, 1998)

La cocaína no produce un solo tipo de efecto sobre los neurotransmisores, sino que ejerce múltiples acciones en los lugares donde éstos se encuentran. El mecanismo de acción de la cocaína consiste en bloquear la recaptura de catecolaminas por las terminales nerviosas adrenérgicas; normalmente éstas liberan neurotransmisores que generan una serie de respuestas para que el organismo se prepare para la huida o la agresión. Los mecanismos de regulación incluyen recaptura de los neurotransmisores. La

cocaína bloquea este mecanismo con lo que se mantienen elevados los niveles de noradrenalina y dopamina, prolongando sus efectos estimulantes sobre el SNC. (National Institute on Drug Abuse, 1998; Goodman, 1995; Souza y Machorro, 1997)

La euforia que caracteriza al síndrome de intoxicación, puede ser el resultado de la acción de la cocaína en varios sistemas neurotransmisores que interactúan entre sí. El consumo crónico induce hipersensibilidad en los receptores catecolaminérgicos, por lo que la anhedonia, síntoma frecuente en los dependientes de esta sustancia, podría explicarse por una suspensión de la transmisión dopaminérgica, causada por la inhibición de la retroalimentación en el autorreceptor, a partir del desarrollo de la hipersensibilidad dopaminérgica del mismo. (National Institute on Drug Abuse, 1998; Goodman, 1995; Souza y Machorro, 1997)

La cocaína es soluble en agua y grasas e ingresa fácilmente al organismo. Sin embargo, no debe perderse de vista que las manifestaciones de intoxicación por cocaína dependen de la vía de administración, forma de presentación, pureza y dosis. La vasoconstricción local inducida por la cocaína, no impide que su absorción sea rápida y pueda fácilmente exceder la rapidez de excreción. La administración intravenosa produce un efecto clínico en los primeros 15 segundos, desapareciendo 30 minutos después. La inhalación de cocaína induce un estado de intoxicación dentro de los primeros dos minutos y persiste a lo largo de una a dos horas. La vía de administración fumada hace que su absorción y distribución avance por la vía pulmonar hacia corazón y cerebro, induciendo la intoxicación en menos de 15 segundos con una persistencia de cinco a 10 minutos. La cocaína se absorbe fácilmente en todos los sitios donde se aplica, incluyendo las mucosas; por vía bucal, se hidroliza en gran parte en el conducto digestivo perdiendo, por tanto, eficacia. La vida media del efecto de la cocaína intravenosa o fumada es de aproximadamente 40 minutos; en cambio, cuando se usa por la vía nasal, la vida media se estima de poco menos de dos horas.

La mayor parte de la cocaína se metaboliza en el hígado, aunque una parte es excretada sin cambios por vía renal. El perfil toxicológico de esta sustancia está determinado en gran parte por la relativa facilidad de absorción y la más lenta capacidad de excreción. La cocaína se considera una sustancia muy tóxica, y aun con dosis de 20 mg puede presentar reacciones tóxicas severas. Las altas concentraciones en sangre aparecen rápidamente y mantienen relación con el incremento de las complicaciones cardiovasculares y pulmonares, así como los accidentes letales. (Goodman, 1995; Souza y Machorro, 1997)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I.4. TOLERANCIA, SÍNTOMAS DE ABSTINENCIA Y DEPENDENCIA A LA DROGA

Aún no está claro si la cocaína desarrolla un mecanismo fisiológico de tolerancia, pero algunos farmacodependientes llegan a consumir hasta 10 gr/día. Estudios recientes demuestran que la cocaína causa abuso y desarrolla patrones de abstinencia diferentes al de otras sustancias psicoactivas, y el uso y abuso por un largo periodo produce alteraciones neurofisiológicas en sitios específicos del SNC, donde se regula la capacidad de experimentar placer. La cocaína fumada denominada "crack" ha mostrado ser más adictiva que otras sustancias. Asimismo, se estima que entre 10 y 15% de quienes se inician en el consumo de cocaína por vía intranasal se vuelven adictos. Conforme avanza la adicción existe un periodo de transición hacia una mayor tolerancia, en donde los efectos de placer se intensifican y luego se experimenta saciedad. Algunos usuarios llegan a administrarse cocaína cada 10 a 30 minutos; esta compulsión se da cuando hay disponibilidad de dosis mayores, o bien cuando se cambia a una vía de administración intensiva, por ejemplo de intranasal a fumada o intravenosa. Durante este proceso hay periodos de extrema euforia y memorias vívidas para seguir con estados depresivos que producen el deseo de la cocaína. (Gawin, 1991; Peele, 1998)

En 1986 Gawin y Kleber fueron uno de los primeros clínicos contemporáneos que describieron un síndrome que es específico de la problemática del uso de la cocaína. (Bieleman, 1993) En 1991 Gawin describió un patrón trifásico de síntomas indicativos de una respuesta a la abstinencia de cocaína. Aunque Gawin refiere el síndrome como fases de abstinencia, otros prefieren llamarlo fases poscocaína, dado que las fases son más descriptivas y dinámicas que lo que sugiere el término abstinencia. Además, muchos de estos síntomas pueden aparecer sin indicar abstinencia, como por ejemplo cuando se cambian los patrones de uso. Estos síntomas son más complejos y sutiles que en otras drogas y están caracterizados por tres fases. (Bieleman, 1993; Gawin, 1991)

Fase 1 Rompimiento o "crash": Se presenta entre nueve horas y cuatro días, después de la suspensión de un desenfreno de cocaína o "borracheira de cocaína", viene un "quiebre" del humor y de energía, que son comparables con la "cruda" del alcohol. El deseo de cocaína, la depresión, la agitación y la ansiedad se ven rápidamente intensificadas; hay suspicacia y paranoia y más de la mitad de los usuarios buscan tratamiento. Durante las próximas una a cuatro horas, el deseo a la cocaína disminuye y es suplantado por cansancio y deseo de dormir y su uso es rechazado. Muchos de los adictos usan marihuana, sedantes, opiáceos o alcohol para inducir el sueño, y después de dormir por un largo periodo hay hipersomnolencia. (con cambios característicos en el electroencefalograma, similar al de sujetos con privación de sueño) Al despertar hay

hiperfagia, días después disminuye la somnolencia y los cambios de humor. (Bieleman, 1993; Gawin, 1991, Seidemberg, 2000)

Fase 2 Abstinencia: Poco después del rompimiento, el sentimiento de disforia aumenta. El síndrome disfórico se caracteriza por una actividad y una ansiedad disminuidas, falta de motivación y aburrimiento, con marcada disminución de la intensidad de las experiencias placenteras normales. (anhedonia) Se produce de 0.5 a cuatro días después de la fase 1. Al inicio de esta fase, el sueño se normaliza, no hay cambios de humor y poca ansiedad. Al comparar este estado con el de la euforia inducida por la cocaína, se incrementan de manera importante las ansias por ésta.

Excepto por el hecho de que no existen cambios fisiológicos importantes, esta fase es similar a la abstinencia de otras sustancias. Los usuarios de cocaína que desean dejar de usarla, generalmente son capaces de soportar la disforia anhedónica. Sin embargo, iniciar nuevamente con el consumo depende de una interacción entre disponibilidad de la sustancia, estimulación ambiental y estado de abstinencia del usuario. Hay condiciones especiales que desencadenan el deseo por consumir nuevamente la sustancia: que sucedan ciertos eventos o aparezcan objetos, ver a personas o lugares específicos o encontrarse con objetos para usar la cocaína, como navajas, dinero, polvo blanco. La aparición de estos objetos o eventos se experimentan como memorias parciales de la euforia de la cocaína. Esto es, que hay un ansia condicionada, la cual es más intensa inclusive que las de nicotina y opiáceos. (Bieleman, 1993; Gawin, 1991)

Fase 3 Extinción: Después de resolverse los periodos intermitentes de abstinencia y anhedonia, el deseo a la cocaína puede iniciarse meses o años después del último uso de ésta. En este sentido, la abstinencia duradera de cocaína se da experimentando ansias condicionadas sin recaídas. El ansia gradualmente se va extinguiendo, hasta que deja de ocurrir la asociación entre los objetos y eventos específicos con la euforia por el consumo de cocaína. En esta fase se puede presentar una respuesta placentera normal, un buen estado de ánimo y episodios de deseo. Sin embargo, puede surgir un gatillo para recaídas y reiniciar en la fase 1 o bien hacia la abstinencia. (Bieleman, 1993; Gawin, 1991)

Actualmente se considera que el clorhidrato de cocaína administrado por vía intravenosa y la cocaína base o *crack* fumada tiene un mayor potencial de abuso que la cocaína administrada por vía intranasal, ya que la magnitud de sus efectos y la rapidez de aparición son mayores. La cocaína fumada puede tener mayor capacidad de abuso que la cocaína por vía intravenosa, ya que sus efectos son más intensos y rápidos y porque se asocia, además, con otros factores como el costo; asimismo, disminuye el riesgo de infecciones como las ocasionadas por vía intravenosa.

La dependencia se diagnostica fundamentalmente con base en la evidencia de tolerancia a la cocaína y del uso y adquisición compulsiva de la droga y de los síntomas de abstinencia. La cocaína es la droga que, por sus efectos sobre la conducta, tiene mayor capacidad de recompensa o refuerzo positivo, además posee un alto potencial de abuso independientemente de la vía de administración; sin embargo, la magnitud del efecto de la cocaína y el tiempo de aparición de estos efectos son factores muy importantes en la génesis del refuerzo positivo y, por tanto, en la capacidad de producir dependencia. (Lorenzo, 1998)

La intensidad de la dependencia a esta sustancia limita el campo conductual de los usuarios, de tal forma que invierten grandes esfuerzos, tiempo y dinero para conseguirla. Junto con la heroína, la cocaína es uno de los psicotrópicos que con más rapidez tiende a crear autoadministración y dependencia. (Goodman, 1995; Souza y Machorro, 1997)

I.5. EFECTOS Y DAÑOS A LA SALUD

Tal y como se comentó anteriormente, la cocaína, al estimular al SNC, se manifiesta al inicio con efectos positivos, es decir, hay una sensación de bienestar y euforia e incremento en el deseo o intereses, lucidez, deseo de hablar y facilidad para hacerlo, tranquilidad, olvido de los problemas y disminución de los efectos del abuso de alcohol. Los consumidores de crack y cocaína (fumada o aspirada por la nariz) reportan sobre todo sentimientos de superioridad y alegría, efectos que pueden seguir de inquietud y excitación. Posteriormente, los efectos son algo distintos, predomina la sensación de acoso e incluso de persecución y desorientación, que son aliviados con un nuevo consumo, siendo al mismo tiempo cada vez más cortos los intervalos de éste. Conforme avanza el consumo, predominan los efectos negativos, el estado de ánimo puede volverse apático y desesperanzado, agregándose la sensación de tristeza y depresión, lo que conduce al consumo de una nueva dosis. (Seidenberg, 2000)

En cuanto a los consumidores de cocaína o crack de forma intravenosa, reportan que los efectos positivos son mucho mayores que los de cualquier otra droga: la sensación de placer es tan intensa que supera cualquier efecto negativo que se pudiera presentar, aunque con el paso del tiempo la sensación placentera se ve enmascarada por efectos negativos como la paranoia y ansiedad asociadas al uso.

Entre los efectos negativos, los usuarios de crack y de cocaína intravenosa experimentan vómito, mareos, inquietud, paranoia, ansiedad, depresión, deseo persistente o compulsión de uso, lo que se asocia con agresividad. (World Health Organization, 1995)

A dosis bajas la actividad motora es coordinada, pero al aumentarse pueden presentarse temblores e inclusive convulsiones tónico-clónicas por estimulación de los centros motores inferiores y por el aumento de los reflejos medulares. También puede presentarse estimulación en centros vasomotores y en el centro del vómito. (Bieleman, 1993; Goodman, 1995)

Pequeñas dosis de cocaína pueden dar bradicardia, como resultado de una estimulación vagal central, pero con dosis moderadas aumenta la frecuencia cardiaca. El alivio de la fatiga con la cocaína parece deberse a la estimulación central, que enmascara la fatiga. Suele presentarse hipertermia debido a una mayor actividad muscular que acompaña a la estimulación por cocaína. Potencia, además, las respuestas excitatorias e inhibitorias de los órganos de inervación simpática a la noradrenalina, a la estimulación nerviosa simpática y en menor grado a la adrenalina. (Bieleman, 1993; Goodman, 1995)

La cocaína produce labilidad afectiva, agitación, anorexia, ansiedad, desinhibición, euforia, megalomanía, alucinaciones, hiperactividad, hipersexualidad, juicio deteriorado, impulsividad, congestión nasal, náusea, pánico, paranoia, midriasis, inquietud, escurrimiento nasal, sudación y comportamiento violento. Con sobredosis los individuos experimentan agitación, angina, ansiedad, paroplejías, arritmia, bronquitis, depresión, alucinaciones, cefalea, hiperpirexia, espasmo muscular, infarto del miocardio, paranoia, psicosis, ideación suicida, paro respiratorio, coma, convulsiones y muerte. (Bieleman, 1993; Goodman, 1995)

Además del resultado directo de la droga, algunas complicaciones médicas pueden deberse al uso de la parafernalia o accesorios utilizados para su consumo (en particular, jeringas contaminadas) o a la adulteración de la droga. La cocaína puede en ocasiones contener tan sólo 10% de pureza, y por ello los problemas potenciales físicos que resultan de todo lo que se utiliza para adulterar y preparar ("cortar") la droga pueden ser adversos para la salud del usuario. (Weiss, 1994)

Asimismo, los usuarios crónicos de cocaína con frecuencia desarrollan problemas psiquiátricos y adoptan estilos de vida que pueden incrementar el riesgo de desarrollar otras complicaciones médicas. Por ejemplo, cuando el consumo de cocaína se mezcla con el de alcohol, el consumidor, sin saberlo, hace un complejo experimento químico en su propio cuerpo. Se ha descubierto que el hígado humano combina la cocaína con el alcohol y fabrica una tercera sustancia: el etileno de cocaína, que intensifica los efectos

eufóricos de la cocaína aumentando, al mismo tiempo, el riesgo de muerte repentina. (Bieleman, 1993; Weiss, 1994)

La incidencia de los efectos adversos por el uso de cocaína puede dividirse en dos categorías: 1) complicaciones que pueden ocurrir inmediatamente como resultado de una alta dosis de cocaína, esto es, una sobredosis, y 2) efectos a largo plazo que ocurren como resultado de su uso repetido. (Weiss, 1994; Hulse, 1997)

Las diferentes rutas de administración de la cocaína intensifican los efectos en el organismo, así como la toxicidad en ciertos órganos. La cocaína fumada provee un rápido e intenso efecto que puede causar daño pulmonar. El usuario puede no darse cuenta debido al efecto anestésico del humo. Entre los daños que pueden presentarse en este nivel se encuentran asma, alteraciones pulmonares, edema pulmonar o "pulmón de crack", que corresponde a una serie de síntomas que incluyen tos excesiva, acumulación de sangre y fluidos en el pulmón, lo que puede ser el reflejo de hipersensibilidad o alergia a la cocaína. A largo plazo suele presentarse un decremento en la función pulmonar entre los fumadores de cocaína. Las otras rutas de administración presentan también otros riesgos: la inyección puede llevar a infecciones, incluyendo el SIDA. La inhalación constante, puede provocar ulceraciones o perforación del tabique nasal y/o sinusitis crónica.

Otros efectos de la cocaína incluyen la vasoconstricción, lo que incrementa la presión sanguínea. Esta constricción puede ocurrir en algunos vasos sanguíneos hasta el punto de disminuir la perfusión sanguínea y presentarse isquemia. Esta condición ocasiona que no lleguen suficientes nutrientes ni oxígeno a la zona afectada. Si esta región corresponde al cerebro se puede presentar atrofia cerebral como resultado de progresiva muerte neuronal en la corteza cerebral; asimismo, se ha descrito falla renal por esta causa.

La cocaína incrementa la frecuencia cardíaca y, por consiguiente, el trabajo de este órgano, lo que lleva a que pueden presentarse ataques al corazón por los efectos antes descritos en los vasos sanguíneos, aun en gente joven. Alteraciones en el ritmo cardíaco pueden ocurrir por incremento en la norepinefrina o efectos químicos en las plaquetas.

Al traspasar la barrera placentaria, la cocaína ejerce sus efectos en el desarrollo del feto y cualquiera o todos los daños que ocasiona pueden presentarse en él. El hijo de una madre que consume cocaína durante el embarazo, suele presentar bajo peso al nacer debido a la vasoconstricción de la placenta. Asimismo, si la exposición a la cocaína sucedió en etapas de formación cerebral pueden presentarse alteraciones en neuronas o conexiones neuronales. (Bieleman, 1993; Weiss, 1994, Hulse, 1997)

I.6. COMPLICACIONES ORGÁNICAS Y PSICOPATOLÓGICAS DEL CONSUMO DE LA COCAÍNA

La cocaína tiene fama de segura si se consume esporádicamente y con finalidad "recreativa"; sin embargo, se considera una sustancia muy peligrosa dado que puede causar la muerte o graves complicaciones a personas incluso consideradas sanas que la usan ocasionalmente. Ello se debe a que los efectos noradrenérgicos y dopaminérgicos en el SNC son equipotentes, y al conseguir la sensación agradable, dependiente de la dopamina, se obtiene simultáneamente una hipertoniá noradrenérgica que se refleja sobre todo en un aumento del tono simpático y de la excitabilidad neuronal responsable de muchas de las complicaciones orgánicas que experimentan los usuarios de cocaína. (Lorenzo, 1998) [Cuadro 1]

CUADRO 1. Complicaciones orgánicas por el consumo de cocaína

Cardiovasculares

- Arritmias cardiacas
- Isquemia miocárdica (angina e infarto)
- Miocarditis y miocardiopatía
- Rotura y disección aórticas

Neurológicas

- Vasculares (ictus cerebrales)
- Crisis convulsivas
- Síndrome de hipertermia maligna
- Alteraciones psiquiátricas

Gastrointestinales

- Náuseas y vómitos
- Ulceraciones gástricas, con riesgo de hemorragia y perforación
- Isquemia intestinal (aguda y crónica)

Piel y faneras

- Madarosis
- Síndrome de Magnan

Respiratorias

- Vías respiratorias altas (perforación del tabique nasal, sinusitis)
- Pulmonares (edema agudo de pulmón, pulmón de crack)
- Alteraciones pulmonares inflamatorias (asma, infiltrados pulmonares)
- Lesiones por barotrauma (neumotórax, neumomediastino, neumopericardio)

Complicaciones del embarazo, feto y recién nacido

- Aborto, prematuros y complicaciones obstétricas
- Bajo peso al nacer y complicaciones perinatales
- Malformaciones congénitas

Hepáticas

- Isquemia hepática
- Hepatitis tóxica

Endocrinológicas y de las gónadas

- Hiperprolactinemia
- Disfunción sexual

Fuente: Lorenzo, 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a los efectos psicopatológicos del consumo de la cocaína, éstos pueden ser clasificados en tres grupos: *a)* efectos psicopatológicos inmediatos, es decir, ya sean los que busca el usuario de la droga (efectos positivos) o los no deseados por el individuo (efectos negativos); *b)* efectos psicopatológicos por intoxicación (atracones) que se caracteriza por una clínica similar a la manía, o incluso con crisis de pánico, trastornos psicóticos agudos, cuadros de *delirium* y trastornos depresivos, y *c)* efectos psicopatológicos derivados del consumo crónico de la cocaína.

Un peligro más resulta la combinación de cocaína y alcohol, ya que su consumo simultáneo da lugar a la síntesis hepática de un metabolito mixto, el cocaetileno, el cual intensifica los efectos eufóricos de la cocaína e incrementa el riesgo de muerte súbita. (Lorenzo,1998)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. EMERGENCIA DEL PROBLEMA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II. EMERGENCIA DEL PROBLEMA

II.1. PANORAMA INTERNACIONAL DEL CONSUMO DE LA COCAÍNA

En los últimos años el consumo de sustancias adictivas se ha extendido en todo el mundo, haciendo patente la globalización de este fenómeno. Sin embargo, existen diferencias entre los países de acuerdo a sus niveles de consumo. Hasta hace poco, se afirmaba que este problema se presentaba tan sólo en las sociedades muy desarrolladas y con altos ingresos económicos y que los otros países eran productores y/o de tránsito de drogas hacia los lugares de consumo.

Sin embargo, en la actualidad la situación es otra, pues países tradicionalmente productores o de tránsito empiezan a tener altos índices de consumo interno, habiéndose extendido también la producción de las sustancias. En este último punto, cabe señalar que, con la cocaína, sucede una situación especial, ya que la producción de coca se encuentra circunscrita prácticamente a tres países: Colombia, Bolivia y Perú.

Además de los diversos factores socioeconómicos y políticos que contribuyen a incrementar el consumo, asimismo conviene señalar que las estrategias de organizaciones del narcotráfico se han diversificado de tal forma que ha ido en aumento la cantidad de drogas que se quedan y se promueve su consumo en el mercado interno de países anteriormente considerados como de tránsito o productores. (Del Olmo, 1992)

La marihuana y el *bashish* son los productos más difundidos en todo el mundo; sin embargo, en años recientes, la heroína y la cocaína han tenido impacto en diferentes ámbitos. En América Latina, por ejemplo, el impacto ecológico de la cocaína se ha manifestado mediante la pérdida de extensas áreas forestales, abuso de agroquímicos y herbicidas. En el ámbito económico, hay dependencia en la obtención de ganancias en dólares a través de la venta ilegal de la cocaína, es decir, la obtención de los llamados

“cocadólares”, pérdidas fiscales, un patrón de riqueza fácil en los campesinos, elevación del costo de vida y, por consiguiente, en la inflación y la sustitución de cultivos. En Bolivia, por ejemplo, la exportación de coca llegó a generar más ingresos que todas las exportaciones legales juntas; sin embargo, actualmente se han reducido considerablemente las áreas de cultivo ilegales. El impacto sociopolítico se ve reflejado en la forma en que el Estado está reduciendo el control de la economía y cuestionada su hegemonía, legitimidad y autoridad; asimismo, la existencia de figuras políticas y militares que se han visto involucradas con el narcotráfico contribuyen al desprestigio en el orden jurídico. (Del Olmo, 1992)

Comparar el consumo de drogas de distintas sociedades, resulta una tarea muy complicada por el hecho de que muchos países no cuentan con estimaciones cuantitativas del consumo, ni desarrollan estudios sistemáticos. Otra limitación consiste en que no todos los trabajos con los que se cuenta están científicamente validados y no utilizan indicadores comparables internacionalmente, como la prevalencia de uso de la cocaína “alguna vez en la vida” en población general, que representa uno de los indicadores más importantes.

En Estados Unidos, de acuerdo a la National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA), su más reciente encuesta nacional en hogares señala que en 1998 1.7 millones de estadounidenses eran usuarios actuales de cocaína (uso en el último mes), siendo mayor la prevalencia entre los 18 a 25 años. Asimismo, entre los jóvenes de ese país, según datos del estudio Monitoring the Future Study (MFS), realizado entre adolescentes y adultos jóvenes, la prevalencia alguna vez en la vida, se incrementó de 5.9 en 1994 a 9.8 en 1999. En estudiantes de “high school” (el equivalente de la preparatoria en México) el uso en el último mes fue de 2.6%. (NIDA, 2001)

Un indicador relevante es la mortalidad asociada al consumo de drogas. En este sentido, en Italia se reporta en un estudio realizado por el Departamento de Medicina Forense de la Universidad de Milán que de 1 248 muertes estudiadas por accidentes, suicidios y asesinatos, 3.13% estuvo asociado al consumo de cocaína. Otros indicadores de suma importancia son: la vía de administración, la frecuencia en el consumo y la accesibilidad para obtener la droga. Así, por ejemplo, en un estudio realizado en usuarios franceses no institucionalizados, se encontró que 60% la usaba por vía intranasal, 13% inyectada, mientras que el resto combinaba diferentes formas (inhalada, inyectada o fumada en la forma de *freebase* o *crack*); la frecuencia de consumo en más de la mitad de ellos (57%) era una vez a la semana o menos y 41% más de una vez por semana; de este último porcentaje, 64% la usó más de una vez y 36% diariamente. (citado en Galván, *et al.*, 1994a)

En ese mismo estudio, se encontró que 42% de los usuarios obtenían la droga por medio de amigos o intermediarios, 28% lo hacía directamente con el *dealer* y el resto en la calle o centros nocturnos. Otro aspecto es la interferencia de la droga en la vida de los usuarios de cocaína; así entre este grupo de franceses se reportó que 77% no tenían dificultades en su trabajo por el uso de la droga y el 23% restante reportó problemas tales como no llegar a tiempo a laborar por indisposición y estrés, fatiga, bajo rendimiento y carácter inestable. (citado en Galván, *et al.*, 1994a)

En una investigación realizada por Bieleman y colaboradores en 1992 sobre la naturaleza y extensión del uso de cocaína en Rotterdam, Barcelona y Turín, se encontró que los usuarios describen su primer contacto con la cocaína como una experiencia intensa y positiva, tanto en un nivel de comunicación interpersonal como de sensaciones físicas y psicológicas, y sólo un número pequeño la describe como experiencia desagradable. La mayoría inició su consumo antes de los 25 años; la edad de mayor frecuencia fue entre los 16 y 20 años. Hubo gran variedad respecto al tiempo de uso: entre tres meses y hasta 15 años. Asimismo, se informó que aproximadamente tres cuartas partes de los usuarios entrevistados de las tres ciudades la había usado por más de cinco años. El alcohol fue la sustancia con que más combinaron a la cocaína, y la principal vía de administración fue la inhalada. (Bieleman, 1993)

Entre los problemas asociados al consumo de cocaína se identificaron: las "crudas" físicas o morales, problemas laborales, como llegar tarde por estar indispuestos, así como estrés, fatiga, bajo rendimiento, carácter inestable, falta de dinero, sentimientos agresivos o de ansiedad, sentimientos de culpa y episodios de paranoia.

En relación con la cocaína, al igual que con otras drogas, existen diferencias en cuanto a la prevalencia de consumo entre distintos países. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) se calcula que 0.3% de la población total hace uso indebido de la cocaína. Más de 70% de todos los usuarios se encuentra en América -a expensas de Estados Unidos, principalmente- y 16% en Europa. Los niveles de uso indebido en América del Norte son siete veces mayores que el promedio mundial. (ONU, 2001)

En el continente americano se tiene, por ejemplo, que de 1998 a 1999 la prevalencia anual de cocaína entre personas de 15 años y más fue en Argentina (2.3%), Estados Unidos (3%), Chile (2.1%), Canadá (0.7%), Guatemala (2.0%), Honduras (2% en 1997) y México (0.5%); en Europa: España. (1.4%), Reino Unido (1.0%) y Países Bajos e Irlanda (0.7% cada uno) Asimismo, en la región del Caribe, República Dominicana reporta una prevalencia anual para 1997 de 2.5% y Jamaica de 0.9%. En Oceanía destaca Australia con 1.4%. (ONU, 2001)

II.2. QUÉ DICEN LOS ESTUDIOS EN MÉXICO

En México los problemas asociados al uso y abuso de drogas, así como las alteraciones del orden social y las repercusiones en salud y mortalidad, han hecho necesario conjuntar esfuerzos y realizar investigaciones que permitan conocer las tendencias del consumo de las principales drogas. Respecto al uso de cocaína en México, se cuenta con información que data desde principios del siglo xx, pero es hasta los años setenta cuando de manera sistemática se realizan estudios sobre el problema de la farmacodependencia, específicamente de la cocaína.

El panorama actual del consumo de drogas en México lo muestran estudios de métodos cuantitativos, como son las encuestas en hogares. En la tercera Encuesta Nacional de Adicciones realizada en 1998 (ENA 98), se compararon las tendencias con las dos anteriores encuestas (de 1988 y de 1993), y se revela que la prevalencia total del consumo en México se sitúa en niveles medios en comparación con otros países, registrándose, no obstante, cada vez más incrementos y tendencias que son preocupantes. Asimismo, las tres encuestas indican que la marihuana, la cocaína (y sus derivados), y los inhalables continúan siendo los de mayor prevalencia.

El uso de la cocaína ha mostrado un comportamiento distinto al de años anteriores; a partir de los resultados brindados por los sistemas de información se sabe que, como droga de inicio, se ha incrementado 10 veces en el periodo de 1991 a 2000. Además, su perfil se ha modificado y ha dejado de ser una droga consumida principalmente por varones, de estratos socioeconómicos altos y con edades superiores a los 20 años, a una droga utilizada por individuos de todos los niveles socioeconómicos y en edades más tempranas (la edad de inicio en el grupo de 10 a 14 años, así como el de 25 a 29, ha aumentado casi en 10%); además el uso de la cocaína ha mostrado un incremento en el número de mujeres adictas a este tipo de droga. (Galván, 1994; SISVEA, Reporte preliminar, 2000)

Asimismo, la ENA de 1988 encontró que entre la población de 12 a 65 años de edad, 0.33% había probado cocaína al menos alguna vez en la vida. De éstos, la mayoría (86.7%) la utilizó inhalada, seguida por quienes la consumieron fumada. (12.2%) La edad de inicio del consumo de cocaína fue predominantemente entre los 12 y 17 años. (45.9%) (Tapia-Conyer y col. , 1990)

En 1993 se realizó la segunda ENA-93, donde se encontró que en el ámbito nacional, el consumo alguna vez en la vida de cocaína entre la población de 12 a 65 años de edad fue

de 0.5% y en los últimos 30 días de 0.1%. Respecto a la edad de inicio, casi la mitad (46.7%) de quienes consumieron cocaína alguna vez en la vida tenían entre 19 y 23 años. (Tapia-Conyer y col., 1993b)

La más reciente encuesta, llevada a cabo en 1998, muestra que el consumo "alguna vez en la vida" de drogas ilegales fue de 5.27%, con un predominio de consumo de marihuana (4.70%), seguido de la cocaína con 1.45%, la que hasta hace cinco años se ubicaba en la tercera posición. Asimismo, esta misma encuesta muestra que la tendencia en el consumo de cocaína va en aumento en las ciudades de la frontera norte del país. (SSA, 1998)

De acuerdo con las Encuestas de la Frontera Norte de México en 1993 y 1998, se encontró que en dos de las cuatro ciudades estudiadas (Tijuana, Ciudad Juárez, Monterrey y Matamoros), hubo un incremento en el consumo. Así, en Tijuana la prevalencia pasó de 2.8 a 4.6% en 1998, mientras que en Ciudad Juárez de 1.8 a 3.1%. En estos estudios se observó que en todas las ciudades hubo un predominio del consumo en el sexo masculino. Las prevalencias para 1993 del consumo de cocaína para el último año y los últimos 30 días no alcanzaron el 1.0% en ninguna ciudad, mientras que para 1998 Ciudad Juárez, en los últimos 12 meses, reportó un consumo de 1.1%. Para ese mismo año, el reporte de consumo en los últimos 30 días fue considerable tanto en Tijuana (0.2%) como en Ciudad Juárez. (0.5%) Las edades de inicio de consumo de esta droga en la frontera norte del país mostraron ser muy tempranas. Por ejemplo, en Tijuana la mayoría de quienes han consumido cocaína alguna vez en la vida inició el consumo entre los 17 y 18 años (59.7%), pero un considerable porcentaje inició antes de los 12 años (29.3%). En Ciudad Juárez 65.9% inició el consumo entre los 15 y los 16 años. (SSA, 1998; Tapia-Conyer, y col., 1993a, 1993b, 1999)

Respecto a los estudios realizados en población estudiantil por el Instituto Mexicano de Psiquiatría y por la Secretaría de Educación Pública hacia 1976, se encontró que de los estudiantes de enseñanza media y media superior de la ciudad de México, 0.5% había consumido cocaína alguna vez en la vida, mientras que para 1986, otra encuesta comparable con ésta, encontró que el consumo de cocaína alguna vez en la vida fue de 1.0%. Es decir, el consumo de cocaína en esta población se duplicó en un periodo de 10 años. Sin embargo, en la encuesta de 1991, también del Instituto Mexicano de Psiquiatría y de la Secretaría de Educación Pública, entre 0.3 y 1.9% de los estudiantes refirió haber experimentado al menos una vez con cocaína, aunque cabe hacer mención que en este estudio por primera vez se documentó el uso del crack, donde 0.17% de los entrevistados la consumió en el último mes anterior a la entrevista. (Medina-Mora, Rojas, Olmedo, 1992)

De acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población Estudiantil de 1991, 0.74% de los estudiantes usó al menos una vez cocaína, mientras que 0.21% lo hizo en el mes anterior a la investigación. La edad de los estudiantes que reportaron consumo actual fue mayor de 18 años. (1.4%) Por ejemplo, más de la tercera parte de los estudiantes consumió por primera vez cocaína, crack y heroína en los Estados Unidos, en tanto Baja California quedó en segundo lugar. Se mencionaron también estados como Jalisco, Sonora, Sinaloa y el Distrito Federal. (SEP-IMP, 1991)

Estos estudios, llevados a cabo en población adolescente, reflejan que mientras en 1976 el consumo alguna vez en la vida era de 0.5%, para 1997 aumentó hasta 4%, y en el 2000 a 5.2% mientras 1% reportó el consumo durante el último mes sin mostrar variaciones entre en estos dos últimos años. (Villatoro, Medina-Mora, et al., 1999; 2000)

Las tendencias en el uso de cocaína durante el último año de los varones en los estudios realizados en población estudiantil hacen evidente, una vez más, la manera acelerada e incremento de su consumo en más de cuatro veces entre 1989 y 2000. De la misma manera, cuando se analizan las tendencias del uso en el último mes por tipo de drogas en ambos sexos, destaca el dramático aumento en el consumo de cocaína para los varones (1.9%) en 2000. En las mujeres también se observan incrementos en el consumo actual de cocaína en el periodo de 1989 a 2000 en 0.2 y 0.6%, respectivamente. (Villatoro, Medina-Mora, et al., 2000)

Las tendencias mostradas por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) muestran durante 1991, en la frontera norte de México, que 0.9% de quienes acudieron a Centros de Integración Juvenil (CIJ) consumían cocaína como droga de inicio, mientras que en 1997 la cifra aumentó a 8.8%, y para 1998 alcanzó cifras de 16% y de 16.8% en 2000 (Tapia-Conyer y col., 1991; Secretaría de Salud, Informe SISVEA, 2000). La demanda de tratamiento por esta sustancia también aumentó notablemente; paso de 7.8% de los pacientes en 1991 a 30.9% en 1997. Para 1998 el perfil que muestran los usuarios que acuden a estos centros de tratamiento son principalmente varones (89.2%), más de un tercio (38.9%) entre 15 y 19 años de edad, y la mitad de ellos tiene educación media. Dos tercios de estos sujetos (66.4%) son solteros y 21.4% casados. Más de la mitad (57%) con un nivel socioeconómico medio-bajo. Asimismo, 47.7% inició el uso de cocaína entre los 15 y 19 años y más de un tercio la usaron una vez por semana. (38.9%)

Respecto a la historia natural del consumo de cocaína en estos sujetos, de los que inician con cocaína, 49% se mantiene como monousuario; el resto ha incorporado el uso de otras sustancias, principalmente marihuana (30%), alcohol (31%) o tabaco 7.2%

(Secretaría de Salud, Informe SISVEA, 2001). El perfil de los usuarios para 2000 y 2001 no ha cambiado sustancialmente. (Secretaría de Salud, Informe SISVEA, 2000; 2001)

Los centros de tratamiento de organizaciones no gubernamentales reportan entre 1994 y 1998 una tendencia más o menos estable del consumo de cocaína como droga de inicio, pero para 2000 se observa un aumento casi del doble (3.0 en 1994, 3.9 en 1995, 3.4 en 1996, 3.3 en 1998 y 6.9% en 2000). El SISVEA reporta también que la tendencia en el uso de cocaína entre los infractores juveniles va en aumento, con 0.3% en 1994 hasta 16.9% en 1998 y 19% en 2000 y 2001. (Tapia-Conyer, 1998; Secretaría de Salud, Informe SISVEA, 2000; 2001)

Por su parte, el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) del Instituto Nacional de Psiquiatría, sistema que capta principalmente a la población de nivel socioeconómico bajo y medio de instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia de asistencia social, reporta que la evolución del consumo de cocaína en el periodo de 1987 a 1995 muestra el aumento de casos registrados de esta droga en ambos sexos a lo largo de dicho periodo, ya que la cocaína ocupó el cuarto lugar de consumo entre todas las drogas investigadas, el segundo como droga de inicio en el nivel socioeconómico medio alto y el tercer lugar en el nivel bajo. Para 1997, los usuarios de esta droga representan el tercer lugar de los casos captados por las instituciones que participan en el sistema (64.2%). El consumo de esta droga se incrementó diez veces en relación con su registro inicial. (3.9% en 1987 a 39.8% en 1997)

Entre las características sociodemográficas de estos sujetos se observa que la mayor parte eran hombres (95.2%), entre 20 y 24 años (27.2%), solteros (59.2%) y la mayoría con un nivel socioeconómico medio-bajo. (97.0%) La mayor proporción de ellos inició el consumo entre los 15 y 19 años (41.9%), aunque 3.4% lo hizo antes de los 11 años y 13.7% después de los 30 años. El SRID también encontró en su evaluación que el motivo por el cual ingresaron los usuarios de cocaína a instituciones de atención a la salud fue principalmente por tratamiento para su farmacodependencia (82.6%), seguido de quienes ingresaron por trastornos mentales (5.8%). La mayoría de los usuarios reportó que, desde su percepción, no tenían ningún problema (74.4%) (Ortiz, Soriano, Galván, *et al.*, 1997). Para 1999 se observó que la droga no médica de mayor consumo fue igualmente la cocaína (66.1%), ingresando en su mayoría (71%) para Tratamiento por su farmacodependencia, y los que fueron llevados a tratamiento por algún familiar (5.4%), por robo de fuero común (2.5%), por problemas familiares (2.2%) y por discusiones y/o pleitos (2.2%). El perfil del usuario de cocaína no cambió significativamente al reportado en 1997. (Ortiz, *et al.*, 1999)

II.3. QUÉ PASA EN LAS CIUDADES CONSIDERADAS COMO DE ALTO RIESGO EN MÉXICO

Los resultados de la ENA de 1993 para la zona fronteriza del país mostraron que el consumo de cocaína "alguna vez en la vida" en población de 12 a 18 años y de 19 a 65 años fue: Tijuana (2.7%), Ciudad Juárez (1.8%), Matamoros (menos de 1.0%) y Monterrey (menos de 1.0%). La mayor parte de los adolescentes de Tijuana y Matamoros informaron haberla utilizado por primera vez a partir de los 10 años, a diferencia de Ciudad Juárez, en donde iniciaron a menor edad. En las cuatro ciudades se reportó la "curiosidad" la que los llevó al consumo, y en Monterrey se informó, además, la presión de grupo. Todos coincidieron en que fue un amigo quien les proporcionó la droga por primera vez. (Tapia-Conyer, 1993a)

Ahora bien, para la ciudad de México, en 1988 las cifras de consumo "alguna vez en la vida" fueron de 0.43%; la edad de inicio de mayor riesgo se ubicó en los 26 y 34 años (61.65%) y se señaló al vendedor y a los amigos (61.5%) como las personas que proporcionaron la droga por primera vez. (Galván, 1994a) En la ENA de 1988 los resultados en las variables ya expuestas fueron muy similares.

El perfil de los usuarios de cocaína se mantiene constante al ya descrito previamente. (Unikel, 1998) Se sabe que los usuarios de cocaína tienden a volverse muy desconfiados de las personas que los rodean, familiares, amigos y terapeutas, lo que dificulta que acudan en busca de ayuda. (Ortiz, 1997) Asimismo, se observan ciertos rasgos de personalidad y antecedentes familiares muy parecidos: familias desintegradas, escasa o nula comunicación, padres usuarios y, en muchos de ellos, tendencia marcada por experimentar sensaciones fuertes. (Galván, 1994a)

Otra forma de abordar el estudio de las adicciones ha sido el uso de la investigación cualitativa, pues permite profundizar en aquellas situaciones de vida que son clave para la comprensión del fenómeno de interés. La investigación cualitativa identifica aspectos culturales, normas, significados y valores a partir de los cuales los usuarios estructuran su percepción con respecto al uso y abuso de drogas. Además, está la investigación etnográfica, que por su naturaleza exploratoria resulta apropiada para temas poco estudiados. Se ha reportado también la elaboración de historias de vida de usuarios y estudios específicos con poblaciones ocultas como con heroinómanos y entrevistas a profundidad para obtener información del contexto social y temporal de su estilo de vida (Romaní, 1986; Kaplan 1987, citados por Ortiz, 1995), así como investigaciones comparativas entre diversos países.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En un estudio transcultural de la Organización Mundial de la Salud realizado en México, D. F. por investigadores del Instituto Mexicano de Psiquiatría (Ortiz, 1995), se entrevistaron a 28 usuarios de cocaína para recoger su opinión sobre qué piensan, sienten y cómo explican el consumo de drogas, a partir del conocimiento y la experiencia que tienen sobre los problemas asociados a su consumo. La edad de los usuarios osciló entre los 30 y 40 años, de nivel socioeconómico medio y medio alto, con estudios superiores y de preparatoria y con diversas actividades. (jardinero, chofer, herrero, comerciante, empresario y profesionista) El 50% opinó que los varones consumen más que las mujeres.

Dentro de los motivos de inicio se encuentra la curiosidad, la invitación e influencia de los amigos, así como problemas personales y familiares. Contrariamente a los países europeos, en los que la cocaína se inyecta, en México se utiliza inhalada y fumada. Se detectó asimismo que la adicción a la cocaína por un lado está fuertemente vinculada a actividades placenteras (diversión, sociabilidad, actividad sexual) y por otro, con conflictos familiares y personales que interfieren en la vida emocional del sujeto.

Se ha reportado una serie de ideas y mitos respecto a los efectos de la cocaína tales como la creencia de que usada en pequeñas dosis y de manera ocasional no es nociva (Galván, 1994a; Ortiz, 1995), e incluso se le valora como una “droga limpia” porque su uso no afecta visiblemente la imagen corporal del usuario y hasta se le considera un buen encubridor de problemas de alcoholismo. Al respecto estos mitos alaban y exacerban sus propiedades, tanto en el ámbito físico como psicológico, y la hacen aparecer como una droga “casi mágica”. Así, en el aspecto físico se señala que produce un mayor rendimiento, que aumenta la inteligencia y la actividad sexual y que, además, tiene efectos analgésicos. Psicológicamente se exalta su capacidad para elevar la autoestima, “hacerlos sentir bien o mejor” y conferirles *status* y cierto poder sobre otros.

Otro estudio de corte cualitativo (N = 349) reportó que 75% de los usuarios considera que la cocaína es el medio para olvidar sus problemas, les proporciona mayor seguridad y les facilita sus relaciones interpersonales. Ven en la desaprobación social y el deterioro económico y de su vida familiar los principales riesgos de su consumo y que se vuelven incapaces de controlarse, ya que necesitan usar cada vez más dosis mayores, las que les pueden llegar a inducir episodios paranoicos. (Ortiz, 1997). En general, la cocaína se consume después de haber probado otras drogas como el alcohol, el tabaco, la marihuana y los inhalables. Sin embargo, también se ha observado que presenta una tendencia a ser una droga de entrada. (Unikel, 1998)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La mayoría de los estudios, tanto en México como en el ámbito mundial, ha encontrado que durante los últimos años la prevalencia del uso de la cocaína se ha incrementado, tanto en población general, como en la estudiantil de enseñanza media y media superior, la que acude a servicios ambulatorios de tratamiento y entre las poblaciones que asisten a instituciones de atención a la salud y de procuración de justicia. Asimismo, ha aumentado la disponibilidad de nuevos productos, por lo que es posible predecir un incremento del daño físico, mental y socioeconómico causado por el uso de la misma, lo cual necesariamente conlleva a un aumento en la demanda de atención por parte de la población usuaria, lo cual implica que el Sistema de Salud deberá estar preparado para responder a esta necesidad. Identificar los puntos críticos en la demanda del servicio y su oferta, es importante para conocer las perspectivas y las expectativas tanto de los usuarios de cocaína como de los prestadores de servicio. Estos puntos de coincidencia y discordancia podrán ser abordados desde un enfoque que integra a la metodología cualitativa con la cuantitativa, que apoye la toma de decisiones en forma bilateral (desde el enfoque del usuario y del prestador de servicio), para lograr optimizar el recurso con el que cuenta el Sistema Nacional de Salud, al tiempo que se satisfacen las necesidades de los usuarios.

II.4. ENFOQUES Y MODELOS CONCEPTUALES EN EL ESTUDIO Y ABORDAJE DEL FENÓMENO DE LAS DROGAS

El incremento y extensión del consumo de sustancias adictivas en las últimas cuatro décadas, ha convertido al fenómeno de las drogas en uno de los problemas más importantes en el contexto nacional, no sólo en nuestro país sino en el resto del mundo. Para inicios de este milenio, la discusión continúa centrada en si constituye un problema sanitario, jurídico, psicológico, social o hasta geopolítico. Esta diversidad de enfoques y modelos generados ha dado pie a una verdadera proliferación de información, la mayor parte parcializada según la perspectiva adoptada, por lo que en opinión de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA), se requiere contar con un enfoque integral que abarque todos los aspectos del fenómeno. (Carballeda, 1991)

Esta tesis parte de la definición de considerar el uso de drogas como una *conducta*, el abuso como una *conducta mal aprendida* y la adicción como una *enfermedad* que requiere tratamiento. Asimismo, pone énfasis en este último problema -el tratamiento- por

considerar a la adicción como una enfermedad del cerebro, en la que desafortunadamente pocos casos pueden salir adelante sin una intervención. Además, sabemos que casi todos los individuos adictos piensan que pueden dejar la droga por sí mismos y que la mayoría intenta hacerlo sin tratamiento; sin embargo, la evidencia muestra que la mayor parte de los intentos en este sentido no logran mantener una abstinencia por largo tiempo.

Diversos estudios han mostrado que el uso continuo de drogas provoca cambios significativos en el funcionamiento del cerebro, mismos que persisten mucho tiempo después que el individuo ha dejado de usarlas. Estos cambios inducidos por las drogas en el funcionamiento cerebral, pueden tener diversas consecuencias conductuales, incluida la compulsión a usar la sustancia a pesar de las consecuencias adversas. Este componente biológico de la adicción explica la dificultad de los adictos para lograr y mantener la abstinencia sin tratamiento.

El estrés psicológico derivado de problemas en el trabajo y la familia, así como estímulos o señales sociales (por ejemplo, encontrarse con amigos con los que se usaba la cocaína), o del ambiente (por ejemplo, lugares u olores asociados al uso de la droga), pueden interactuar con factores biológicos para despertar el deseo por la sustancia y hacer que la recaída sea más probable. Sabemos asimismo que el tratamiento puede ser efectivo, pues diferentes estudios han mostrado que puede reducirse el uso de la droga entre 40 y 60%, no obstante la desconfianza imperante anterior a éstos. Recientes investigaciones han mostrado que cuando se modifican las metas de tratamiento (por ejemplo, considerar que las recaídas forman parte de la historia natural de la enfermedad), y que si bien la meta a largo plazo es lograr una abstinencia, los periodos de ésta y la disminución de los índices de conducta de riesgo disminuyen los daños a la salud en el individuo, así como los costos de atención.

Mediante el tratamiento se puede disminuir significativamente la actividad criminal durante y después de éste y reducir el riesgo de VIH, hepatitis, infecciones de transmisión sexual y otras enfermedades infecciosas asociadas al uso de drogas intravenosas. Sin embargo, el éxito individual de todo tratamiento depende de las características del sujeto que presenta problemas; qué tan apropiados son los componentes del tratamiento y los servicios seleccionados para enfrentar el problema y qué tan activamente está el sujeto involucrado en su tratamiento, etcétera.

De ahí que el propósito de esta tesis sea conocer cuál es la extensión y severidad del problema, qué proporción de usuarios pueda requerir de tratamiento, qué complicaciones médicas necesiten ser tratadas, cuáles son las necesidades sentidas por esta población y qué barreras de atención se presentan a fin de poder planear

intervenciones significativas, todo ello con la finalidad de proponer, dentro del marco del Sistema Nacional de Salud, una estrategia para atender este problema creciente.

Así, la tesis se ubica dentro de los modelos llamados biológico o médico, que básicamente integran el modelo de enfermedad y el modelo de la exposición. Los modelos del enfoque biológico resaltan los aspectos que tienen que ver con la sustancia psicoactiva y el individuo particularmente, sin descuidar los demás elementos que intervienen en el consumo o la dependencia. Trata asimismo y de manera fundamental lo relacionado con la predisposición genética, los aspectos psicofarmacológicos que tienen que ver con la autoadministración de dichas sustancias y la capacidad de las propias drogas de actuar como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, lo que explicarían en general las conductas de búsqueda y consumo.

Enfoques preventivos

En este caso, el término prevención se refiere a cualquier actividad que reduzca o retrase el inicio del consumo de drogas. Puede entenderse como acciones de *reducción de la oferta* la actividad preventiva propia del sector de procuración de justicia, en donde se establece que a menor disponibilidad de drogas, menor riesgo de consumo; y acciones de *reducción de la demanda*, la actividad principalmente desarrollada entre los profesionales de la salud, que incluyen esfuerzos para modificar la conducta, reducir el deseo de usar drogas y el control del consumo o la abstinencia en personas con problemas. (Medina-Mora, en prensa)

Los enfoques de reducción de la oferta, muestran variaciones dependiendo del tipo de sustancia, de tal modo que el abuso de drogas médicas se controla mediante reglamentos específicos para adquirir las sustancias o materias primas, la producción de medicamentos, la prescripción y venta, así como evitar la desviación de los precursores y productos terminales del mercado lícito. Para el caso de las drogas ilegales, los esfuerzos van encaminados a erradicar la disponibilidad a través de la destrucción de plantíos, sustitución de cultivos, persecución del tráfico e intentos por erradicar las drogas de las calles. Cabe señalar que la erradicación del "agente" es un modelo útil en algunos padecimientos sobre todo infecciosos (cólera, tifoidea, paludismo, etc.), pero ha probado tener limitaciones en su aplicación en el caso del abuso y dependencia a drogas. Por una parte, los usuarios lejos de ser víctimas pasivas del agente (en este caso las drogas), las buscan activamente y, por otra parte, los éxitos en los programas en un determinado lugar vienen acompañados por incrementos en el cultivo en otras regiones, en la búsqueda de nuevas rutas, en la aparición de nuevas sustancias y en el desarrollo de

sustancias producidas en laboratorios caseros; así, la producción de metanfetaminas sustituye en parte la necesidad de importar la cocaína desde la región andina en donde se produce. (Medina-Mora, en prensa)

Al respecto, se presentan tres puntos de vista: *a)* los que apoyan la prohibición con el argumento que una política de libre mercado aumentaría el número de usuarios y sus problemas, de hecho, sustancias legales como el alcohol y el tabaco, causan más muertes que las drogas ilícitas; *b)* los que proponen que las drogas se legalicen, y *c)* otros puntos de vista intermedios entre quienes proponen una despenalización del consumo. En apoyo de estas dos últimas posturas, se argumenta la disminución de la violencia y de otros problemas. Sin embargo, este debate se hace en ausencia de modelos que hayan probado diferentes estrategias.

La discusión se polariza entre la prohibición y la legalización y confunde problemas derivados de la demanda de drogas (por ejemplo, la conducta agresiva en individuos violentos, facilitada por los efectos farmacológicos de las drogas), y entre aquellos que se desprenden de la política de control. (por ejemplo, asesinatos y otras formas de violencia que caracterizan la forma de hacer negocios del narcotráfico)

Si bien no se sabe si el número de usuarios se incrementaría, la evidencia científica sugiere que el aumento en la disponibilidad traería un incremento en el número de usuarios y de problemas; se desconoce, sin embargo, hasta qué punto crecería el problema y si tuviese un repunte inicial para después encontrar un equilibrio determinado por el tamaño de la población vulnerable. Lo cierto es que un mejor panorama podría derivarse de considerar por separado los costos de la política (por ejemplo, cárceles sobre pobladas, inseguridad, pérdida de control de zonas geográficas, comunidades productoras aisladas, impacto en la economía, corrupción, etc.) y del consumo, por ejemplo, dependencia y otros problemas de salud, pérdida de productividad laboral, efectos negativos sobre la familia, etc. (Medina-Mora, en prensa)

Un enfoque reciente de salud pública pretende superar estas dicotomías y propone otras alternativas con la finalidad de mejorar la salud de la población. Con ello, se tienen posturas orientadas hacia la reducción de la disponibilidad, pero surgen, además, enfoques novedosos que abandonan como tan únicamente la reducción de la oferta para buscar alternativas que permitan reducir el daño que se deriva del abuso (por ejemplo, distribuir jeringas entre los usuarios de drogas intravenosas); sin embargo, hay quienes consideran que estas acciones se malinterpretarían como que "está bien" el consumir drogas. (Medina-Mora, en prensa)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reducción de la demanda

En los últimos 50 años, se ha dado un creciente interés por dirigir la atención de la reducción de la oferta hacia la reducción de la demanda. Ahora bien, si hay consenso en la necesidad de prevenir, la confianza en el éxito de las iniciativas no tiene el mismo *status*; sin embargo, las perspectivas pueden cambiar a partir de un mejor entendimiento de la etiología del problema, contexto en que ocurre y momento histórico. De esta forma, cuando un fenómeno está en fase de crecimiento, los esfuerzos de prevención pueden disminuir la pendiente, y en épocas de descenso del problema, las estrategias preventivas podrán acelerar o incrementar la tendencia natural del problema. Esto implica que se puede tener éxito en un momento histórico sin ser igualmente efectivas en otro.

Inicialmente, desde una concepción de salud pública, los programas y actividades preventivas se estructuraban en tres grandes niveles: el *primario*, dirigido a la población general no consumidora que centra sus acciones en función de información, control y educación para la salud; el *secundario*, dirigido en lo fundamental a individuos que han tenido contactos experimentales o regulares con las drogas, por lo que se basa en la detección temprana del problema adictivo y la disminución de los riesgos y daños asociados al consumo de sustancias, y el *terciario*, enfocado a las personas consumidoras activas o fuertes de drogas y que se sustenta en la atención de urgencias de episodios agudos, la desintoxicación, el tratamiento específico y en la rehabilitación. (Castrejón, 1993) Este modelo consideraba que todos los individuos por el hecho de no haber empezado a usar drogas eran iguales y, por tanto, las iniciativas de prevención primaria serían efectivas para este grupo en conjunto. Sin embargo, la evidencia científica nos muestra que estos individuos tienen características diferentes y viven en entornos también diversos que los harán más o menos vulnerables al abuso de sustancias y, por tanto, requieren de estrategias de intervención diferentes, en su contenido y en su intensidad.

Los factores de riesgo pueden ubicarse en diferentes dominios: individual (por ejemplo, trastorno emocional o de aprendizaje o personalidad orientada a la búsqueda de sensaciones nuevas); familia (convivencia con padres farmacodependientes o deprimidos); escuela (fracaso escolar); pares (amigos usuarios de drogas); comunidad (alta disponibilidad y accesibilidad de sustancias), dominios que interactúan con cada sujeto quien procesa los estímulos, los interpreta y responde a ellos. La importancia de estos factores varía a lo largo de diferentes etapas de desarrollo del individuo. El cambio de estrategia, desvió la atención del consumo de drogas a la disminución de la vulnerabilidad del individuo actuando sobre los factores de riesgo, lo que permitió una

nueva visión, con énfasis en la prevención desde las primeras etapas de desarrollo. (Medina-Mora, en prensa)

Sin embargo, se ha observado que la exposición a estos factores no necesariamente lleva al uso de drogas, de tal forma que niños que han crecido en familias problemáticas y viven en ambientes de gran disponibilidad de drogas, llegan a la edad de adulta sin haberlas consumido. Esto se debe a la presencia de factores de protección que de alguna manera amortiguan el impacto que tienen factores de riesgo adversos. Con ello, pueden ubicarse los factores de protección en la esfera individual (alta autoestima), en la familia (convivencia con padres capaces de cubrir las necesidades afectivas de los menores), en la escuela (apego escolar), con los pares (amigos poco tolerantes hacia el consumo), y en la comunidad. (pertenencia a redes de apoyo social) En México, diversas investigaciones se han orientado a identificar estos factores en diferentes grupos de la población. (Medina-Mora, 1982, 1998, 1999; Castro, 1986; Villatoro, 1997)

En fechas más recientes, diversos autores han puesto énfasis en un nuevo constructo, la "resiliencia", que surgió a partir de estudios longitudinales que examinaron las características del desarrollo de niños y adolescentes que mostraban trayectos saludables en su vida a pesar de vivir en condiciones adversas, tales como pobreza, padres abusadores de drogas y familias disfuncionales. La resiliencia se ha definido como una adaptación exitosa a pesar del riesgo y adversidad.

Los factores que contribuyen a la resiliencia incluyen: *a)* relación estrecha con los padres u otro adulto quien asegure un ambiente lleno de afecto desde edades tempranas y de manera consistente; *b)* sentimientos de éxito, control y respeto por parte de los menores; *c)* fuertes recursos internos (salud física y psicológica) y externos (adecuada red social de apoyo que incluye a la familia, la escuela y la comunidad); *d)* habilidades sociales que incluyen destreza para comunicarse y negociar, habilidad para tomar buenas decisiones y rehusar actividades que pueden resultar peligrosas; *e)* habilidades para resolver problemas; *f)* percepción de que las adversidades se pueden resolver con perseverancia y esfuerzo, y *g)* haber sobrevivido a situaciones de riesgo anteriores. (Medina-Mora, en prensa)

De esta forma se considera que, si bien los factores de riesgo señalan en dónde es necesario prevenir, los factores de protección indicarían cómo hacerlo. A partir de este esquema que conceptualiza el problema, se dividieron las estrategias de prevención en *universales* (útiles para toda la población, aunque no suficientes para individuos con mucho riesgo), *selectivas e indicadas*, que constituyen intervenciones de diferente intensidad y están dirigidas a quienes tienen un alto nivel de riesgo, y con ello dividieron

los programas de prevención entre los dirigidos a la población general y aquellos que debían enfocarse en grupos de alto riesgo. (Medina-Mora, en prensa)

El avance en la manera de entender el problema y de la investigación orientada a identificar factores en diversos contextos, llevó al diseño de mejores programas de prevención. Junto con este avance, también se ganó en el conocimiento de la acción de diferentes drogas en individuos con distintas características. Como se señaló anteriormente, un mejor entendimiento del proceso adictivo define mejor el problema. Así, el uso de drogas se considera como una conducta y, por tanto, su prevención (que puede incluir evitar el uso o retrasar la edad de inicio) es posible mediante programas educativos; el abuso de drogas se considera como un aprendizaje mal adquirido susceptible de ser modificado mediante técnicas de modificación de la conducta y, por último, la dependencia se considera como una enfermedad que debe ser tratada, adecuando la intervención a las necesidades de cada individuo. (Medina-Mora, en prensa)

Diversidad de estrategias, técnicas y herramientas en materia de prevención

Si se toman en cuenta los alcances y las limitaciones de los diferentes enfoques preventivos surgidos y desarrollados en el contexto de los modelos conceptuales que han permitido percibir y actuar en el campo de la farmacodependencia, lleva a considerar que una adecuada alternativa es la que permite una combinación de todos los elementos expuestos, de forma que garantice la efectividad de las acciones preventivas, tanto en el ámbito individual como poblacional. En tal sentido, las estrategias y técnicas comúnmente usadas en materia de prevención de las adicciones se caracterizan por su diversidad y, al mismo tiempo, por su interacción, lo que obliga a verlas en su conjunto y no de manera aislada, bien ancladas en bases conceptuales y técnicas de forma que garantice su efectividad.

En el espacio de la nueva salud pública, entonces convergen varias estrategias que, por diversas vías, tratan de llegar, por un lado, al punto de la prevención -llamémosle primaria- del consumo de sustancias, pero, por otro, tratan de alcanzar metas, también preventivas, que se relacionan con el tratamiento y la rehabilitación de los ya consumidores o dependientes a dichas sustancias.

Desde la actual concepción de la salud pública en materia de adicciones, no se renuncia al tradicional y bien conocido *control de la oferta*, es decir, al control de la producción, al tráfico y el suministro de sustancias, pues ello causa impacto de manera sustancial en

dos factores de suma importantes: la disponibilidad y accesibilidad de las drogas, los cuales se consideran factores de alto riesgo en el complejo problema de las drogas. No obstante, esta estrategia deberá ser entendida como una de las muchas acciones que deben desarrollarse y que busca proteger la salud tanto individual como colectiva.

Ahora bien, el centro de la actual estrategia del sector salud se basa en la incorporación del concepto definido como *reducción de la demanda*, que incluye las iniciativas que buscan prevenir el uso de drogas, disminuir progresivamente el número de consumidores, mitigar los daños a la salud que puede causar el abuso (co-morbilidad y mortalidad) y proveer de orientación y tratamiento a los dependientes con miras a su rehabilitación, así como a su reinserción social. A lo anterior, se unen otras actividades como las de fiscalización y aplicación de sanciones con base en argumentos sanitarios, además de los esfuerzos dirigidos a limitar y controlar la publicidad; todas ellas tendientes a tratar de regular, de igual forma, la producción, la disponibilidad y la accesibilidad para abatir o controlar el consumo.

En tal sentido, esta estrategia trata de introducir un enfoque más integral, que incluya tanto a la droga como a los problemas que se producen por su consumo o dependencia, sin descuidar los aspectos sociales que caracterizan y definen el problema.

Un elemento también importante y ampliamente utilizado frente al problema de las drogas es la llamada *concientización pública a través de los medios de comunicación*. Este enfoque también encuentra cabida en el contexto de la salud pública, pues su capacidad de influir en la conformación de marcos de referencia y en la elección de opiniones entre la población, tiene gran potencial para la adopción de actitudes, conductas y valores que se relacionan con la prevención y la búsqueda de asistencia. (Castrejón, 1993)

Las campañas publicitarias constituyen la herramienta fundamental de este enfoque, pues siempre parten de buenas intenciones, aunque no siempre se alcance el impacto deseado. A pesar sus grandes ventajas, las campañas presentan limitaciones que deben tomarse en cuenta a la hora de utilizarlas. Por un lado, los mensajes no pueden ser selectivos de acuerdo a las características poblacionales, ya que por su naturaleza son unidireccionales y, por lo mismo, pueden crear confusión si no cuentan con una adecuada planeación y evaluación. Ello es fundamento suficiente para sostener que las campañas de concientización pública sirven para mejorar los niveles de información y conocimiento del problema, pero no para promover un cambio de actitud o de comportamiento con relación al uso o abuso de drogas, esto es, sólo constituyen una alternativa más en el desarrollo de un plan preventivo eficaz.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La promoción de alternativas, es decir, aquellas acciones encaminadas hacia el desarrollo social y comunitario, en especial de los grupos considerados de alto riesgo en el consumo de drogas, es otra más de las estrategias que encuentran espacio en el marco de la salud pública. Este enfoque se basa en que hay que atender las condiciones sociales favorecedoras del consumo de drogas y generar otras formas que sean necesariamente incompatibles con el consumo de sustancias.

Dentro de este enfoque podríamos considerar la promoción de actividades de carácter recreativo, así como deportivas, culturales y todas aquellas que tengan que ver con la participación social, además de programas dirigidos a combatir la marginación social de ciertos sectores, la accesibilidad a la educación y a los servicios de salud, así como las acciones de mejoramiento en las oportunidades de empleo.

Por último, se señalan dos estrategias más: una muy antigua en materia de prevención de los problemas de las drogas, es decir, *información y educación entorno al consumo de drogas*, y otra de más reciente incorporación, pero de comprobada efectividad: *la movilización social con participación comunitaria*.

La primera de estas dos estrategias, constituye el esfuerzo inicial puesto en el campo de la prevención de las adicciones, pues encuentra sus bases en el propósito de proporcionar información a la sociedad sobre los efectos, riesgos y consecuencias del consumo de drogas, ello sobre la base del principio de si se conocen los peligros que implica el consumo regular de sustancias generaría el rechazo por el miedo hacia su uso. A esta estrategia se unieron los criterios negativos utilizados por numerosos grupos religiosos en cuanto a la moral y la ética de los consumidores de drogas. Sin embargo, los resultados lejos de ser favorables han motivado serías críticas que han redundado en tener que replantear nuevos contenidos y nuevas formas de educación e información preventiva de las adicciones. (Castrejón, 1993)

Los contenidos empleados actualmente para el conocimiento y educación en materia de adicciones, se basan en información objetiva, juiciosa y de valor, no sólo de las sustancias sino de los problemas asociados al consumo y contexto donde tiene lugar; es decir, se busca que la información no provoque rechazo o descrédito, sino presente elementos de juicio que lleven al usuario de drogas a contemplar otras opciones para enfrentar el rechazo a las presiones grupales, en vez de esperar a hacerlo por la vía del consumo. Este tipo de programas no sólo pone énfasis en los riesgos que implica el consumo de sustancias, más bien acentúa los factores protectores o beneficiosos que conlleva no ser consumidor de drogas mediante una adecuada información científica, dinámica y veraz del problema tanto en el ámbito psicológico como familiar y social de la adicción. (Belsasso, 1997)

La educación es un elemento esencial para ayudar a los padres y educadores a comprender la naturaleza del problema de las drogas y, por tanto, considerar la mejor manera de responder a ello, es decir, la educación constituye una opción sólida y eficaz, pues transmite, mediante planes de estudio integrados, conductas sanas y de bienestar personal y comunitario, refuerza valores orientados hacia los aspectos positivos de la vida, corrige deficiencias personales que podrían predisponer el uso de drogas y apoya las habilidades y destrezas para optar por estilos de vida saludables y resolutivos ante conflictos y situaciones adversas de la vida cotidiana.

La prevención de las adicciones, como una tarea integral, deberá incluir a las familias, a las escuelas y a la comunidad, mas no como una acción aislada o paralela a los planes y programas de información y educación, sino como un conjunto de actividades integradas en materia de promoción de la salud en el escenario natural donde se da el problema, lo que presupone una alta participación comunitaria y, por ende, su movilización social. (Castrejón, 1993; Belsasso, 1997)

Dado que el problema de las drogas de una u otra forma afecta a toda la comunidad, su participación es en extremo importante e impostergable, lo que implica que la tarea de prevención sea eficaz cuando logra involucrar a todos los integrantes, y en especial cuando cuenta con la aceptación y participación de la población a la que se dirige. Es aquí donde las estructuras y los recursos del sector salud ubicados en el primer nivel de atención desempeñan un papel fundamental, pues es en este nivel donde se integran las acciones de los sectores de salud y educativo, así como de procuración de justicia y del sector privado en un esfuerzo común.

La integración de los diversos enfoques preventivos en el contexto de la nueva salud pública y de la utilización combinada de sus distintas estrategias, técnicas y herramientas, parecen ser la opción más viable donde debe sustentarse la actual práctica preventiva en materia de adicciones, si se desea un impacto eficaz y no resultados limitados o nulos que promuevan más que prevengan el uso, abuso o dependencia a drogas.

Enfoques asistenciales: principios y alternativas de tratamiento

La práctica asistencial referida a la problemática de las drogas tiene, al igual que la práctica preventiva, vertientes ideológicas y conceptuales que derivan en la construcción de enfoques asistenciales y modelos institucionales para la atención del problema. La elección de un de tratamiento, dependerá de las características clínicas del paciente, las

preferencias de éste, las necesidades de tratamiento, y la disponibilidad de opciones que se le pueda ofrecer.

Diversos estudios han mostrado la efectividad de los tratamientos externos en sujetos que abusan de la cocaína, así como de otros con internamiento o atención mixta, es decir, un periodo internado y otro ambulatorio. El objetivo último de todo tratamiento se expresa en la necesidad de que el paciente alcance la abstinencia total, utilizando para ello una serie de métodos, con cierta tendencia efectiva, que conduzcan a la concepción de cambiar en ciertos casos la conducta del individuo. Existe entonces, como es de esperar, un protagonismo máximo de las sustancias o drogas, las cuales ocupan un lugar más que relevante en las opciones de tratamiento brindadas a los consumidores o adictos de tales sustancias, como es la cocaína. (Mirin, 1995)

Por otra parte, existen tratamientos farmacológicos para el abuso y dependencia, sin embargo, aun cuando existen estudios que muestran la eficacia de ciertos fármacos hasta el momento no se ha encontrado un medicamento que resuelva la dependencia a la cocaína. Por ello, el tratamiento farmacológico no se recomienda como primera elección para dependientes a esta droga; no obstante, en pacientes con una dependencia más severa o individuos que no responden a tratamientos psicosociales, pueden ser candidatos al tratamiento farmacológico.

De acuerdo con lo planteado, los enfoques asistenciales y los modelos institucionales de tratamiento pueden ser clasificados en general en dos grupos: los que ponen el acento en las sustancias o drogas y aquellos que entienden que la problemática de la farmacodependencia es una expresión sintomática de problemas con bases más profundas.

En el primer caso, es posible observar dos vertientes: una basada en la sustitución o remplazamiento de una droga por otra menos nociva, donde sustancialmente lo que cambia desde la perspectiva del paciente es la legalidad de una u otra sustancia, y otra donde los adictos son movidos en el terreno de los trastornos o enfermedades mentales, lo que propone una definición terapéutica basada en tratamientos reeducativos que pretenden enseñar una "nueva conducta". (conductas más cercanas a lo legal)

La diferencia esencial entre estas dos vertientes del primer enfoque asistencial estriba, en el segundo encuadre, que todo el proceso se presenta como un sistema de premios y castigos que en la práctica guía el desarrollo terapéutico, a lo que se une el no reconocer al consumidor o adicto como un verdadero enfermo, sino como un ser carente de valores que deben ser restaurados o adquiridos durante la evolución del "tratamiento", de ahí que dicho enfoque se exprese como de "autoayuda".

En el segundo caso, se presenta un enfoque asistencial diferente e incluso opuesto del modelo anterior, ya que establece un gran nivel de diferenciación desde la propia concepción del fenómeno adictivo, es decir, considera que el abuso o dependencia a sustancias no se genera meramente a partir de la existencia de la oferta de éstas, sino de un entrecruzamiento de diversos factores previamente dispuestos, condicionantes y desencadenantes, que marcarían entre muchas otras cuestiones el síntoma consumo de drogas. En consecuencia, estos hechos condicionarían tanto la dependencia como el abuso de drogas, así como la elección del tipo de droga.

Los modelos institucionales de asistencia que se manejan desde esta perspectiva analizan las características sociales, culturales y económicas del contexto, sin dejar de lado los aspectos individuales. Los pacientes son atendidos por equipos interdisciplinarios, de ahí que esta forma de asistencia ponga su acento especialmente en los tratamientos de tipo ambulatorio y en la aplicación de técnicas grupales. En síntesis, este enfoque asistencial pone en un segundo plano la oferta de la droga como causa fundamental del fenómeno adictivo, pasando también a un segundo lugar el eje reeducativo o moralizante de los tratamientos sintomáticos.

Con base en estos elementos, es posible definir desde una concepción de salud pública que el consumo de drogas o la dependencia a ellas debe ser atendido y abordado desde una medicina social y comunitaria, donde es necesario utilizar equipos de salud interdisciplinarios, tanto en la asistencia como en la prevención. Sólo así las drogas perderían paulatinamente su protagonismo, poniendo a la comunidad como factor principal del proceso terapéutico y preventivo del fenómeno, privilegiando el tratamiento ambulatorio, donde se cura o rehabilita, sin tener que extraer al individuo de su medio y sin poner acento en el internamiento como única salida, pues en muchos casos ésta se plantea sólo con fines de desintoxicación.

En esencia la farmacodependencia es un fenómeno que constituye por sus características una necesidad de salud pública, debiéndose abordar con una concepción médica y por un grupo interdisciplinario mediante acciones específicas en sus contextos naturales para atender al individuo, a la familia y a la sociedad mediante estrategias efectivas de prevención y adecuados modelos de tratamiento y rehabilitación, que por demás estimulen la investigación, la capacitación del personal de salud y la participación comunitaria.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Uso de los servicios de salud por los usuarios de drogas

Al respecto, es importante señalar que en México prácticamente no hay estudios que respondan a la manera de cómo utilizan los servicios de salud los usuarios de cocaína. Existe información de Centros de Integración Juvenil, del Sistema de Reporte de Información de Drogas (SRID) y del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), donde indirectamente se habla sobre algunos lugares de atención especializada, como son los centros de tratamiento, pero que carecen de información específica sobre los disparadores, barreras y demás aspectos, de ahí la necesidad de realizar esta investigación con el propósito de conocer que más se requiere para su atención y qué se puede ofrecer a esta población que demanda un servicio de atención no sólo médico, sino integral.

La información que se describe a continuación -aunque no especializada para el problema que nos ocupa y realizada, además, en muestras locales- proporciona, sin embargo, un panorama de ciertos aspectos en la atención de los usuarios de drogas, específicamente de la cocaína.

De acuerdo con el SRID, en el segundo semestre de 1993 de un total de 331 casos, 53 (16%) fueron usuarios de cocaína (46 atendidos en unidades médico-asistenciales y siete en el sector justicia) que al menos una vez en la vida la han utilizado. El motivo de ingreso fue tratamiento (67.3%), daños contra la salud (11.5%), intoxicación (7.7%) y problemas familiares (7.6%); asimismo, 1.5% reportó administrarse la droga por vía intravenosa.

Respecto al uso de los servicios de salud que hacen los usuarios, Ortiz y colaboradores (1997) informan que alrededor de 25% de los captados por el SRID reporta no haber sido atendido en servicios de tratamiento privado. En los estudios cualitativos se informa que la gran mayoría tiene una actitud negativa de los centros de tratamiento institucionalizados, que los grupos de autoayuda son la mejor alternativa y que los profesionales no tienen las habilidades adecuadas para tratarlos. (Ortiz, 1995, 1997, 1994) La opinión generalizada es que no existen tratamientos institucionales específicamente diseñados para ellos, y que su experiencia respecto de los tratamientos recibidos no sólo es mala, sino que en muchas ocasiones los han dañado. Se sienten incomprendidos en la relación que establecen con los profesionales de salud, e informan que las instituciones no toman en cuenta el efecto del estigma social que los margina y los conduce a un nivel de deterioro importante: la sociedad los cataloga como "viciosos" y en los usuarios no cabe la idea de "enfermos", o "pacientes" ni "personas en tratamiento". (Ortiz, 1997)

Para los programas de intervención destinados a esta población se precisa tomar en cuenta cuál es el nivel de involucramiento del usuario con la droga, cuáles son sus expectativas y el papel que desempeña la droga en su vida, así como el contexto en el que se desenvuelve. (Ortiz, 1995) que hace necesariamente referencia al contexto cultural, fundamental en el moldeo de la personalidad del adicto.

Los servicios de tratamiento deben tomar en cuenta las características específicas de los usuarios de cocaína, como son los estados emocionales variables que les provoca periodos de recaídas y falta de motivación, así como de las situaciones precisas que hablan de su necesidad de ayuda. Se requiere que los usuarios perciban flexibilidad, sensibilidad y capacidad de autocrítica de las instituciones ante sus problemas de salud. Aceptar que no siempre se cumple con las expectativas del usuario, facilitaría la creación de una red de instituciones para su transferencia adecuada, mejorando la imagen que de ellas se tiene.

El aumento continuo de su uso de esta droga en población general demanda programas de servicios de atención y tratamientos adecuados para las necesidades específicas de los usuarios. (Ortiz, 1997). Para responder adecuadamente a esta necesidad de salud se requiere un amplio conocimiento de las características sociodemográficas de los usuarios, de su patrón de consumo, de sus necesidades específicas de atención y de la percepción y actitud que tienen hacia los servicios de tratamiento. Se requiere conocer más sobre las motivaciones que los hacen buscar tratamiento, del porqué de las recaídas que experimentan y de la desconfianza que expresan hacia las instituciones y sus servicios.

En este sentido, es necesario contar con más estudios de tipo etnográfico y aproximaciones cualitativas para conocer las diferentes tipologías de los usuarios de cocaína y sus motivaciones para consumirla, además de conocer la relación que hay entre tipo de usuario y grado de adicción. Se requieren también estudios dentro de la clase económicamente alta para ampliar la comprensión de este fenómeno. Hace falta el estudio de las combinaciones de drogas que se usan con más frecuencia, ya que la cocaína tiende a usarse simultáneamente con otras drogas que aumentan o disminuyen sus efectos. Asimismo, es necesario conocer el consumo de esta droga entre las mujeres, ya que el número de usuarias se ha incrementado, con la certeza de que responden a un estigma social y cultural distinto que los varones. Igualmente importante es conocer cómo intervienen los usuarios en la venta, distribución y reclutamiento de nuevos consumidores para entender por qué un porcentaje tan elevado de éstos mantienen un consumo regular sin tener, aparentemente, ninguna fuente fija de ingresos. (Unikel, 1998).

Se sabe que existen usuarios crónicos de cocaína que llevan 15 o más años consumiéndola al menos una vez por semana. (Ortiz, 1997) y que requieren servicios de salud especiales. Su estudio puede aclarar cuáles factores propician el riesgo de la dependencia y cómo, a pesar de ser una droga considerada como de alto poder adictivo, no presentan problemas que interfieren en su adaptación familiar, social o laboral.

II.5. EL CONSUMO DE COCAÍNA: UNA CONDICIÓN DE SALUD CONVERTIDA EN NECESIDAD

Un enfoque de necesidades permite estudiar con mayor precisión las condiciones de salud. Donabedian sostiene que las necesidades de salud pueden definirse como aquellas condiciones de salud y enfermedad que requieren de atención. (Donabedian, 1988, 1993) El mismo autor argumenta que el término necesidades tiene múltiples usos, algunos incorrectos, y plantea que debe reservarse para aludir las condiciones de salud. Cuando la sociedad determina que una condición de salud requiere de una respuesta en forma de atención particular, esa condición se convierte en una necesidad de salud. En consecuencia, el concepto de necesidad se construye socialmente. (Frénk, 1994a)

La sociedad no se muestra homogénea respecto a lo que se entiende por necesidades; de hecho existen diferencias en su definición para una misma condición. Las diferencias en las definiciones también se presentan entre los prestadores de servicios y en los usuarios de los servicios. (clientes)

Tanto del comportamiento previo de los clientes, como del comportamiento de los prestadores y de su interacción, se derivan dos fenómenos que se pueden detectar y medir y que son de enorme importancia para las organizaciones de la atención médica. Por un lado, la utilización de los servicios de salud y, por el otro, ciertos resultados que se manifiestan en función de la salud o la satisfacción del cliente. Ambos, cliente y prestadores, convergen en la utilización de los servicios, aliviando la necesidad que dio origen a la búsqueda del servicio, el cual termina con una modificación de la necesidad; todo esto no se da en el vacío, sino en un contexto social complejo y no siempre bien estructurado, donde están presentes las políticas públicas explícitas e implícitas que permean a todo el sistema de salud.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Para lograr armonizar las definiciones de necesidad, desde la perspectiva de estos dos actores, es necesario considerar la evidencia científica de cada condición de salud, la eficiencia de los servicios para responder y la capacidad de los recursos para producir los servicios a un costo que la sociedad pueda asumir. (Donabedian, 1988)

Las relaciones que se establecen entre necesidad, servicio y recursos, se expresan en la medida que se especifiquen bien las necesidades, de forma que sirvan para establecer las metas de producción de servicios, y que a su vez sirvan para estimar los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros necesarios. En este proceso intervienen varios factores. Para que las condiciones de salud se conviertan en necesidades, debe haber un conocimiento definido y preferencias sociales explícitas, que requieran de atención mediante la generación de servicios de salud, mediando la equidad en su utilización, la adecuación y eficacia de la tecnología y la calidad de la atención. Por último, para que los servicios satisfagan las necesidades, deben ser accesibles a la población y tener la suficiente capacidad de ser productivos, lo que determina, en última instancia, los recursos para la atención a la salud.

Un buen ejemplo para la comprensión de lo hasta aquí planteado se encuentra al querer abordar el fenómeno de la farmacodependencia. Para que se exprese el problema del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas, deben estar presentes e interactuar al menos tres elementos fundamentales: la droga, el individuo y la sociedad, quienes determinan, en última instancia, el inicio y continuidad en el consumo de dichas sustancias, pues éste no se da solo, más bien es el resultado de la compleja interacción de los elementos mencionados.

En consecuencia, si definiéramos el consumo de sustancias como una condición que afecta a la salud de los individuos y que requiere de algún tipo de atención, incluidos sus complejos aspectos sociales, se pudiera pensar que la problemática del consumo de drogas se convierte en una necesidad de salud que, a su vez, recaba la existencia de servicios de salud adecuados, así como de sus recursos.

Así, los tres fundamentos: la necesidad de salud que constituye el consumo de drogas, los servicios personales y colectivos necesarios y los recursos o suministros que se requieren para estos servicios, son susceptibles tanto de investigación (epidemiológica y de sistemas de salud) como de una buena práctica de salud pública.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

II.6. CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS DE CIUDAD JUÁREZ

La frontera México-Estados Unidos ha sido y es zona que recibe temporal o permanentemente a poblaciones humanas que se trasladan del sur al norte por un motivo esencial: subsistir. (Vélez-Ibáñez, 1999) Del lado estadounidense la frontera está formada por los estados de California, Arizona, Nuevo México y Texas, que colindan con los estados mexicanos de Baja California, Sonora, Sinaloa, Nuevo León, Tamaulipas y Chihuahua.

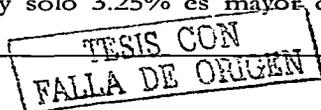
Ciudad Juárez es uno de los principales municipios de la región fronteriza del estado de Chihuahua. De acuerdo con el XII Censo General de Población y Vivienda 2000 del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), ocupa 7.25% del territorio del estado legalmente designado para asentamientos poblacionales, con un millón 218 817 habitantes que representan 36.2% de la población total del estado. (INEGI, 2000) Asimismo, 97.4% de sus localidades cuenta con más de 15 mil habitantes y sólo 0.73% con menos de 2 500. Entre 1990 y-2000 Ciudad Juárez tuvo una tasa anual de crecimiento de 4.36%, que de continuar así y de acuerdo a las autoridades, llevaría a que en 17 años se duplique su población.

Ciudad Juárez se localiza a orillas del río Bravo, colinda con El Paso, Texas, de terreno desértico y clima árido y extremo. Como espacio fronterizo se caracteriza por tener activos movimientos poblacionales que se reflejan en una estructura poblacional dinámica, con antecedentes históricos, sociales y políticos diversos, los que, a su vez, generan modos transculturizados de vida, producto de “choques culturales” (Vélez-Ibáñez, 1999), y riesgos de todo tipo para la salud de sus pobladores, como el uso y abuso de drogas. Asimismo, está considerada como uno de los centros maquiladores más importantes de México y ha sido foco de atención nacional por el asesinato de mujeres jóvenes empleadas de esa industria.

Estructura de la población

Sexo: La estructura por sexo de la población está conformada por 49.72% de mujeres y 50.28% de varones.

Edad: El 30.79% de la población es menor de 15 años; los jóvenes entre 15 y 29 años representan casi la tercera parte de los habitantes. (29.1%) El 59.49% está comprendida entre los 15 y 64 años, y sólo 3.25% es mayor de 65 años. Puede considerarse a la



población de Ciudad Juárez como joven, cuya edad promedio es de 22 años. (INEGI, 2000)

Ocupación: De acuerdo con los datos del XII Censo General de Población y Vivienda (INEGI, 2000), Ciudad Juárez es el municipio con mayor porcentaje de población ocupada que trabaja 33 o más horas a la semana. (83.92%) Del total de sus habitantes, 58.44% forma la población económicamente activa (PEA), de la cual 99.24% está ocupada y sólo 0.76% desocupada. Sin embargo, 40.87% de su PEA está inactiva.

La estructura económica de Ciudad Juárez ocupa sólo 0.57% de su PEA en el sector primario, 53.13% en el secundario y 42.48% en el sector terciario. Los porcentajes siguientes permiten dar una idea general de la estructura económica de su población: 48.92% son trabajadores de la industria, 13.17% de servicios, 11.57% comerciantes y ambulantes, 11.22% profesionistas, 9.52% trabajadores administrativos, 2.15% funcionarios y directivos, 0.49% trabajadores agropecuarios y el 2.96% no especificado. Cabe mencionar que 63% de su población económicamente activa incluye a los habitantes de 12 años en adelante.

Migración

En Ciudad Juárez la inmigración es un factor importante en el crecimiento de la población, ya que recibe, temporal o permanentemente, poblaciones humanas con antecedentes culturales diversos cuyo objetivo común es la búsqueda de mejores condiciones materiales de vida. Según cifras del XII Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2000), 34.58% de la población residente es originaria de otra entidad o país. El grupo de edad más representativo dentro de los inmigrantes es el de 50 años y más (52.2%), seguido del de 25 a 49 años. (47.3%)

Dentro de la población inmigrante y de acuerdo con dicho Censo, 32.6% son varones y 31.3% mujeres, situación que revierte el ligero aumento de las mujeres (35.3%) en comparación con los varones (34.6%) reportado en el último Censo de Población y Vivienda. (INEGI, 1995)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Natalidad y fecundidad

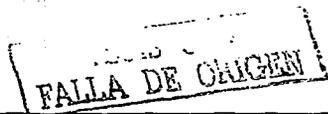
Según datos del XII Censo, la población de mujeres en edad fértil (MEF, 12 años y más) se estimó en 413 326. Se registraron 957 861 nacimientos, de los cuales 9.19% falleció. La tasa de natalidad es de 26.3 por 1 000 habitantes.

Morbilidad y mortalidad

Los padecimientos principales registrados durante 1999 en Ciudad Juárez fueron los mismos que para el estado y la mayoría de sus municipios, así como para la población en general y grupos de edad menores de cinco años y en edad posproductiva. Se reportan, por orden de importancia, infecciones respiratorias agudas (IRAS), enfermedades diarreicas agudas (EDAS) y varicela. Entre las 10 primeras causas de morbilidad en menores de cinco años, siete son enfermedades transmisibles, y los accidentes y traumatismos se ubican en el noveno sitio. En la edad posproductiva, la hipertensión arterial y la diabetes mellitus ocupan el tercero y cuarto lugar, respectivamente.

Respecto a la mortalidad, Ciudad Juárez reporta tasas generales inferiores (4.82 por 1000 habitantes) a las del estado (5.05 por cada 1 000) y con tendencia estática durante el periodo 1990-1999. Tasas inferiores a las del estado se reportan igualmente en la mortalidad preescolar (0.59 por 1,000), no obstante se registran tasas de mortalidad infantil superiores (21.75 por 1,000) a las del estado para el mismo periodo.

En 1998 más de 50% de las defunciones infantiles se debieron a complicaciones en el periodo perinatal. (anomalías congénitas, accidentes, neumonía e influenza, IRAS, EDAS y anemias) En la edad preescolar y escolar, los accidentes son la primera causa de defunción. En la edad productiva, las principales causas de mortalidad son enfermedades de corazón, tumores malignos, diabetes mellitus y accidentes. Respecto a la mortalidad materna se reportan la eclampsia y preeclampsia como causas principales, mientras que para la edad posproductiva las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares.



Características socioeconómicas

Estado civil

Los patrones de nupcias señalan que entre los habitantes mayores de 12 años, 33.93% son solteros (40.7 varones y 33% mujeres), 57.17% casados o en unión libre (54.8 mujeres y 53.2% varones), y 8.53% están divorciados o separados o son viudos.

De acuerdo con los datos del XII Censo de Población y Vivienda (INEGI, 2000) la edad promedio para la primera unión es de 21 años. Ciudad Juárez cuenta con un millón 111 817 hogares, de los cuales 62.81% son nucleares, 33.5% ampliados, 2.88% compuestos y 0.81% no especificados. Así, Ciudad Juárez ocupa el primer lugar respecto al mayor porcentaje de hogares con jefatura femenina (20.19%), superior en 2.34 a la media estatal (17.85%). 45.37% de su población vive en hogares de dos a cuatro integrantes, mientras que 53.05% lo hace en hogares de cinco o más integrantes. (INEGI, 2000)

Educación

El nivel de alfabetización entre las mujeres de Ciudad Juárez es ligeramente mayor (89.6%) que entre los varones (88.7%); respecto a grupos de edad, el mejor nivel de alfabetización se reporta entre los 11 y 14 años de edad, ya que 98% sabe leer y escribir, destacando las mujeres (99%), según el Censo de Población y Vivienda de 1995 del INEGI.

Las mujeres logran porcentajes más altos de alfabetización en los grupos de edad de 15 a 19 años, de 20 a 24 años, de 25 a 29 años y de 30 a 34 años respecto a los varones, quienes saben leer y escribir en porcentajes mayores en los grupos de edad de 35 a 64 años y de 65 y más. En conjunto, la población masculina (97.2%) presenta proporciones ligeramente por encima de las observadas en la población femenina. (96.5%)

Servicios de salud

De acuerdo con el citado XII Censo, 62.4% de la población de Ciudad Juárez tiene derecho a alguna institución de seguridad social mientras que el resto lo constituye la llamada población abierta. Así, 60.85% de la población total es cubierta por el IMSS, 3.72% por el ISSSTE, 0.19% por PEMEX, Secretaría de la Defensa o Secretaría de Marina,

y 1.36% por otras instituciones. El 26.3% de la población no asegurada es atendida por la Secretaría de Salud.

Para atender a la población derechohabiente se cuenta con 842 médicos (83.07%) y con 194 (16.93%) para población no asegurada. La seguridad social cuenta con un médico por cada 648 habitantes, mientras que en población abierta hay un médico por cada 2 678 habitantes. En población general, la consulta externa general tiene un indicador de 1.20 consultas por habitante, mientras que en población derechohabiente de 2.04 y en población abierta de 0.19. En población derechohabiente se reporta un indicador de 5 740 consultas por día hábil, mientras que este mismo indicador es de 461.4 para población abierta. (Censo de Población y Vivienda, 1995) Según el Anuario Estadístico del estado, al 31 de diciembre de 1997 Ciudad Juárez, Chihuahua, registra las siguientes instalaciones y personal médico. (cuadro IV.1)

CUADRO IV.1. Número de médicos y unidades médicas de seguridad social y públicas según tipo de institución

<i>Institución</i>	<i>Médicos</i>		<i>Unidades médicas</i>	
	<i>Total</i>		<i>Total</i>	
IMSS	723		10	
ISSSTE	105		2	
SEDENA	3		2	
Civiles	79		2	
SSCH*	55		25	
ICHISAL**	71		3	
Total	1,036		44	

*Servicios de Salud de Chihuahua.

**Instituto Chihuahuense de Salud.

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Chihuahua, 1995.

Los cuales dan servicio a:

<i>Institución</i>	<i>Total derechohabientes</i>	<i>Total Usuarios</i>	<i>Total consulta externa</i>	<i>Total atención a farmacodependientes</i>
IMSS	1,033,014	557,220	1,604,534	
ISSSTE	30,869	14,200	97,703	
SEDENA	1,511	3,311	758	
Civiles	13,158	12,495	99,233	
SSCH		246,647	95,599	
ICHISAL		53,898	23,995	
Total	1,078,552	887,771	1,921,822	561

Fuente: Anuario Estadístico del Estado de Chihuahua, 1995.



Aspectos económicos

Ciudad Juárez, en su calidad de municipio fronterizo, forma parte de un importante intercambio económico, comercial y turístico que la define como zona eminentemente industrial y comercial. La industria maquiladora de exportación cuenta con 321 plantas ubicadas en este municipio, que brindan una gran oferta de trabajo para personal no calificado, en su mayoría mujeres jóvenes, aunque también ha incrementado la contratación de personal masculino. Estas características permiten que Ciudad Juárez sea el municipio con una PEA mayor (58.44%), un porcentaje mayor de PEA ocupada (99.24%) y con el porcentaje mayor de población asalariada. (82.28%) (INEGI, 2000)

Respecto al nivel de ingresos, 36.33% de su población percibe de uno y hasta dos salarios mínimos; 37.6% más de dos y hasta cinco salarios mínimos; 16.22% más de cinco; 2.4% subsiste con menos de un salario o reporta no recibir ingresos (INEGI, 2000). Asimismo, 3.5% no especifica o reporta formas de ingreso familiar tales como jubilación, renta e intereses bancarios y ayuda de familiares desde el extranjero.

Respecto a la vivienda, 93.2% cuenta con pisos elaborados con materiales tales como cemento o firme, madera, mosaico o cualquier otro tipo de recubrimiento, y sólo 6.8% permanece con pisos de tierra. 95.9% de las viviendas cuenta con agua entubada, 91.7% con drenaje y el 98.8% tiene acceso a la energía eléctrica, siendo éste el servicio más generalizado. (Censo de Población y Vivienda, 1995)

Características socioculturales

Visión global

Como ya se mencionó, Ciudad Juárez pertenece a la región que abarca el norte de México y el suroeste de los Estados Unidos, zona conocida por los estudiosos del tema como las Zonas Fronterizas Españolas, el Gran Suroeste, el Gran Noroeste de México e incluso Mesoamérica del Norte. (Vélez-Ibáñez, 1999) La inmigración de poblaciones humanas con antecedentes culturales diversos es una de sus principales características. Aunque comparten la necesidad de subsistir, dichas poblaciones humanas chocan entre sí y la forma en que estos procesos se desarrollan se vuelve crucial para entender cómo se forma una identidad cultural regional y subregional. En ocasiones, el proceso de "choque" es tan duro que elimina o inhabilita a gran parte de la población "chocada" por medio de una combinación de enfermedades, problemáticas psicosociales

complejas, como son el uso y abuso de drogas, hambruna y, en determinados momentos históricos, de guerras.

Es importante resaltar que en Ciudad Juárez se produce dicho proceso de choque entre pueblos e instituciones, el cual continúa hoy en día y en la misma dirección: de sur a norte (Vélez-Ibáñez, 1999); asimismo y de acuerdo con Vélez-Ibáñez, se ha impuesto a los mexicanos una identidad significativa: la de ser una “mercancía”, mano de obra barata para las necesidades del gran capital. Esta situación ha provocado que, en ambos lados de la frontera, los mexicanos estén sobrerrepresentados en los datos estadísticos sobre pobreza, crimen, enfermedad, guerra y, en lo que Vélez-Ibáñez ha llamado, “la distribución de la tristeza”.

Aspectos históricos

El municipio de Juárez fue fundado en 1598 con el nombre de Nuestra Señora de Guadalupe del Paso del Norte. Adquiere la categoría de municipio en 1826 y en 1888, mediante el Decreto firmado por Lauro Carrillo, Gobernador del Estado de Chihuahua, elevó su categoría a Ciudad, tomando desde entonces el nombre de Ciudad Juárez.

Los grupos indígenas seminómadas de los sumas, mansos y jumanos fueron los que ocuparon por primera vez la región de Ciudad Juárez. Actualmente se reporta que el municipio cuenta con 2 851 indígenas, de los cuales 28.27% son tarahumaras y 22.73% mazahuas.

Existe controversia entre quienes opinan que los residentes mexicanos en las zonas fronterizas de Estados Unidos se han adaptado a la cultura anglosajona, aunque sin perder sus actitudes, valores y patrones culturales (OPS, 1991) y aquellos que adjudican un papel mucho más activo a nuestros connacionales y más allá de su mera adaptación. (Vélez-Ibáñez, 1999) Esta última corriente de pensamiento afirma que los mexicanos han desarrollado comunidades llenas de vitalidad, con continuos intercambios y relaciones a través de la frontera, a pesar de un intenso proceso de “barrioización”, en donde han quedado comprimidos en comunidades constituidas en su inmensa mayoría por mexicanos.

En este sentido, los mexicanos han creado organizaciones políticas y culturales, asociaciones de voluntarios, sindicatos, movimientos culturales y mecanismos domésticos para adaptarse y resistir a los procesos económicos y políticos estructurales que los convierten en “mercancía”; de ahí que se pueda concluir que la influencia de la

cultura mexicana sobre la estadounidense va más allá de los ámbitos alimentarios, del lenguaje y de expresiones artísticas como las artesanías, la música y la arquitectura.

Por todas las características socioeconómicas y psicosociales antes descritas, es fácil comprender que las zonas fronterizas son regiones en donde la industria y el mercado de la droga se vuelven "asuntos de seguridad nacional". La droga como mercancía, ha sido evaluada como el mercado negro transnacional que genera el mayor volumen de ganancias en el mundo. Es de todos conocido que, en Ciudad Juárez, puede conseguirse cualquier tipo de droga, así como la denuncia por la creciente tendencia de usar a niños en el tráfico de drogas.

Dado que Estados Unidos es uno de los mercados mundiales más grandes de consumo de drogas, las organizaciones dedicadas a la producción, venta y distribución de drogas, mejor conocidas como cárteles¹, suelen establecerse en ciudades que les brinden facilidades mayores para el logro de sus objetivos.

Asimismo, es del conocimiento público la existencia del cártel de Juárez, establecido en el estado de Chihuahua, el cual se sustenta y reproduce las grandes desigualdades socioeconómicas existentes en las zonas fronterizas como El Paso-Ciudad Juárez. Por todo lo anterior, el problema de salud pública que representa el uso y abuso de drogas ilegales en esta zona fronteriza debe ser reconocido desde una perspectiva integral, que evite etiquetar a los usuarios como criminales y que tome en cuenta el acceso inequitativo a los servicios de salud por parte de grupos marginados socialmente.

Culturas juveniles

En México existen actualmente 27 millones de jóvenes. Los grupos de edad comprendidos entre los 10 y 19 y entre los 20 y los 24 años representan 32% de los habitantes de Ciudad Juárez, proporción similar a la de todo el país. (INEGI, 1990, De la Rosa, 1997) Esta tercera parte de la población tiene demandas específicas de educación, empleos, servicios de salud, espacios recreativos y culturales que, en la mayoría de los casos, el Estado mexicano ha sido incapaz de cubrir. El déficit de atención estatal, aunado a la continua revolución tecnológica, característica de las sociedades modernas, produce una situación de alta conflictividad social, cuyos efectos han traspasado a las instituciones y penetrado en lo más profundo de la conciencia de las personas. (Romani, 1999)

¹ Acuerdo entre empresas con el fin de suprimir la competencia y controlar la producción y precios (Larousse, 1994).

Décadas atrás, la morbi-mortalidad en el grupo de adolescentes era básicamente de origen infeccioso. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud señala factores de riesgo más agudos como violencia y accidentes, trastornos de la sexualidad, particularmente enfermedades de transmisión sexual y embarazos no deseados, uso y abuso de drogas, alcohol y tabaco. Se ha mencionado que dichos factores son el reflejo de un ambiente social donde priva la "anomia", caracterizado por mercados consumistas y carencias de oportunidades estructurales para el desarrollo "esperado" de los jóvenes. (Castro, 1991; Medina-Mora, 1995)

Con la expresión "cultura juvenil" se hace referencia a todos aquellos modos de vida, formas de relacionarse, de comunicarse, de vestirse, de trabajar, de expresarse, de pensar, etc., atribuidos a un grupo social determinado, en este caso los jóvenes, que en nuestra sociedad se caracterizan por estar en una etapa de transición entre los roles totalmente dependientes de la infancia y aquellos otros (supuestamente) autónomos de la vida adulta. (Agustín, 1996; Romani, 1989, 1999)

Ahora bien, cada cultura elabora, percibe y manipula dichos roles y hechos biológicos de forma diferente, por lo que se trata de una construcción social, de ahí que su análisis deba prever el momento histórico en el que se producen. De esta manera, se hace explícito que muchas de las culturas juveniles no hacen sino poner en evidencia las contradicciones principales de las sociedades donde surgen.

Se comprende, así, que intentar explicar el uso y abuso de drogas entre los jóvenes haya producido más *estereotipos* y *estigmatizaciones* que conocimientos. (Ponce de León, 1997; Chapela, 1997; Soto, 1997) Las etiquetas comúnmente usadas desde los discursos de la medicina y de la psicología funcionalistas para explicar el consumo de drogas entre los jóvenes, tales como "desadaptados", "desintegrados" y "disfuncionales", enmascaran, excluyen y fragmentan un fenómeno por demás complejo.

El uso y abuso de drogas se sitúa dentro de esta "contracultura" juvenil como una forma de reivindicar un acceso nuevo y diferente a una realidad que los excluye pero termina siendo una evasión fallida, que lejos de lograr el objetivo de reivindicar se convierte en una fuga autodestructiva, que en muchas ocasiones sólo responde a intereses económicos y políticos de grupos de poder. (Ponce de León, 1997; Romani, 1989, 1999)

Vistas como *culturas alternativas* o de *resistencia*, todo este cuerpo de ideas y señales de identidad mediante actitudes, conductas, lenguajes propios, modos de ser y de vestir que denotan una mentalidad y sensibilidad alternativas a las del *statu quo*, suelen ser repelidas por dicho sistema por ser el reflejo de carencias y denuncias de una sociedad. Es

necesario señalar que el uso y abuso de drogas representa una salida falsa ante las expectativas de desarrollo de los jóvenes no satisfechas por nuestra sociedad actual.

Parte de los usuarios que requieren tratamiento, provienen de esas culturas juveniles y, dadas sus características, tendrán barreras especiales para solicitar ayuda, como son la falta de conciencia de la enfermedad, rechazo a instituciones formales en donde se ofrece tratamiento, miedo al rechazo, etc., de ahí que un modelo integral deba tomar en cuenta las necesidades sentidas por este grupo a fin de desarrollar modelos acordes a esta población, además de considerar el contexto global de Ciudad Juárez.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. MARCO TEÓRICO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III. MARCO TEÓRICO

III.1. EL CAMPO DE LA INVESTIGACIÓN Y LA ACCIÓN EN SALUD PÚBLICA

La capacidad para enfrentar los actuales retos impuestos a la salud pública depende en gran medida de la habilidad para encontrar, en las ricas tradiciones intelectuales que la nutren, definiciones integrales que guíen su futuro. Los tiempos de hoy reclaman conocimientos y acciones sustentadas en el desarrollo de elementos conceptuales e institucionales, a su vez derivados del estudio continuo, de mejores esfuerzos de organización para servir a la comunidad y de nuevas investigaciones que permitan descubrir las armas a emplear en el combate contra las enfermedades y otros daños.

A lo largo de la historia se han ido conformando distintos modelos conceptuales sobre el conocimiento y la acción en el campo de la salud pública. En el caso de esta disciplina, como con el de muchas otras, los límites entre los campos del conocimiento no provienen de una división intrínseca de la realidad, sino de la construcción de sus objetos de estudios. Los distintos modelos conceptuales han definido dos grandes objetos: el objeto central de estudio, hacia el que se dirigen los esfuerzos del conocimiento, y el objeto central de transformación, hacia el que se dirige la acción. Tal distinción hace que la salud pública deba entenderse en dos dimensiones fundamentales: como campo del conocimiento y como ámbito para la acción. (Frenk, 1988)

El deseo de integrar las opiniones diversas en torno a cómo definir la salud pública desde una perspectiva más integral, que no la reduzca a servicios particulares, ni a formas de propiedad, ni a un tipo de problema, ha llevado a los teóricos a conceptualizar la salud pública definiendo su nivel de análisis específico: el poblacional. Esta perspectiva clarifica la comprensión de las dos aplicaciones ya mencionadas.

El campo de la investigación abarca dos objetos principales de análisis. Por un lado, el estudio de las condiciones de salud de las poblaciones entendiéndose por condiciones a los procesos de carácter biológico, psicológico y social que definen la situación de salud en un individuo o una población. Y por el otro, el estudio de la respuesta social organizada a esas condiciones, en particular, la forma en que se estructura dicha respuesta a través del sistema de atención a la salud con el objetivo de mejorar las condiciones de salud.

Cuando el interés es estudiar las condiciones de salud en el ámbito poblacional, hablamos de investigación epidemiológica, es decir, del estudio de la frecuencia, distribución, consecuencias, historia natural y determinantes de las necesidades de salud. Si el propósito, también en el nivel de poblaciones, es estudiar de forma científica la respuesta de la sociedad, en cuanto a organización, servicios y recursos a dichas necesidades, estamos hablando de investigación en sistemas de salud. En tanto el ámbito para la acción va más allá de dicotomías fragmentarias, como pueden ser los servicios personales contra los ambientales, o los servicios privados contra los públicos, más bien se refiere a la organización de servicios de salud integrales con una base definida de población.

Las acciones en salud también se definen de acuerdo al nivel de análisis que se trate. Cuando el interés es el individuo, el objetivo de estudio es la prestación de servicios preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitatorios, es decir, la atención médica, y cuando el nivel de análisis es la población, el objeto de estudio son los servicios colectivos y ambientales, la planeación y organización de la atención médica, la vigilancia de las condiciones de salud, la regulación sanitaria y la coordinación intra e intersectorial

Este enfoque presupone relaciones de integración entre la investigación, la enseñanza y la práctica de la salud pública, ubicados todos en el mismo contexto donde tiene lugar cada fenómeno. Sin embargo, el avance experimentado en poder enriquecer la práctica con los resultados de la investigación tanto epidemiológica como en sistemas de salud es aún insuficiente. (Frenk, 1987)

La materia prima que sustenta el desarrollo de la investigación y la acción en salud pública, la constituyen los fenómenos sustantivos, esto es, las necesidades de salud, los servicios de salud que satisfacen esas necesidades y los recursos que se requieren para producir esos servicios.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

III.2. LA RESPUESTA SOCIAL ORGANIZADA: LOS SISTEMAS DE SALUD.

El concepto de salud.

La salud, y el proceso salud-enfermedad, han sido centro de innumerables debates. Cuando se afirma que el ser humano es un *ser bio-psico-socio-cultural* se hace referencia a los determinantes actuales de dicho proceso. Se considera la salud como *punto de encuentro en el que confluyen lo biológico y lo social, el individuo y la comunidad, lo público y lo privado, el conocimiento y la acción.* Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), ésta debe entenderse no sólo como ausencia de enfermedad, sino como el desarrollo pleno de todas las capacidades humanas para lograr un bienestar cada vez mayor.

Recientemente, el concepto de salud se ha ampliado: de ser un “componente primordial del bienestar social”, ahora se afirma que **la salud es un bien económico** para hacer referencia a que la salud individual constituye un *valor social* en la medida que mejora la calidad del capital humano y así se aumenta la productividad de los trabajadores, se fortalece la competitividad internacional, se promueve la igualdad de oportunidades, se combate la pobreza, se genera empleo, se estimulan las cadenas de proveedores y se fomenta la seguridad general de la sociedad. La salud se convierte en un *indicador del bienestar y de la calidad de vida de una comunidad, así como elemento indispensable para la reproducción de la vida social.*

La salud llega a ser “una divisa política que se demanda y se otorga en el juego del poder entre gobiernos y grupos sociales” puesto que tiene una triple dimensión: como valor social, como factor económico y como elemento político cada vez más estimado. (Frenk J., Lozano R., González-Block MA, y col, 1994) Por lo anterior, los sistemas de salud deben dar respuesta a todas estas dimensiones.

Resulta de interés por lo tanto, saber cómo medir la salud. (Schlaepfer-Pedrazzini, Infante Castañeda, 1990) Los indicadores de mortalidad y morbilidad se utilizan para las enfermedades infecciosas, indicadores que resultan poco sensibles para las enfermedades crónico-degenerativas y las asociadas a la vida “moderna”, como son las adicciones. En estos casos, la intervención se dirige a disminuir dolor, molestia e incapacidad, por lo que su evaluación se inserta en la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, lo que implica cambios de conducta, medidas subjetivas de las condiciones de salud y de utilización de servicios, indicadores que se emplean al evaluar los tratamientos para usuarios de drogas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Por otra parte, la *salud social* ha sido definida como igual oportunidad para todos e igual acceso a los bienes y servicios; en una visión más amplia del concepto, se afirma que la equidad implícita en la definición anterior de salud social, no termina en igualdad de oportunidades, sino en mayores oportunidades a quienes más las necesitan. (Schlaepfer-Pedrazzini, Infante-Castañeda, 1990) Al sistematizar la medición de equidad, White¹ propone tomar en cuenta las “situaciones de salud ‘intolerables’” presentes en las sociedades modernas, (la desnutrición infantil, la violencia intrafamiliar hacia las mujeres, las adicciones) como un indicador de menor equidad y salud social.

Los sistemas, las políticas, los servicios y las necesidades de salud

A lo largo del desarrollo de las sociedades humanas, se ha recurrido a distintas instancias para explicar y responder a todo aquello que causa temor, como las enfermedades. Desde la óptica de un pensamiento mágico, la voluntad divina ha sido, por muchos siglos, la explicación más aceptada y compartida para las enfermedades, siendo la familia y la iglesia las instituciones encargadas del cuidado de la salud. Pero conforme se han desarrollado las distintas disciplinas científicas dando lugar al conocimiento médico, sociológico y antropológico de las enfermedades, las distintas profesiones y el Estado han pasado a ser las instancias productoras de los servicios necesarios para explicar, fomentar y preservar la salud.

Por lo tanto, los sistemas de salud son respuestas sociales organizadas que brindan los diferentes Estados, para dar respuesta a determinadas condiciones de salud, a través de *políticas y programas* que indiquen las formas en que deben aplicarse, para hacer más efectivos, los recursos que las sociedades disponen para satisfacer sus *necesidades de salud*, o sea, aquellas *condiciones de salud y enfermedad que requieren de atención*. (Donabedian, 1973)

Las necesidades de salud tienen sentido al analizar sus factores determinantes y/o sus consecuencias, o bien con fines de planeación, programación y evaluación de la respuesta social organizada que se les brinde. (Schlaepfer-Pedrazzini, Infante-Castañeda, 1990)

Existe controversia alrededor de quiénes definen y deciden las *necesidades de salud*, ya que la sociedad civil no es un bloque homogéneo. Se reporta con frecuencia discrepancia entre los prestadores de servicios y la población y es éste el ámbito del debate sobre las necesidades *objetivas* y las necesidades *sentidas*. Para autores como Bradshaw², el concepto

¹ Citado por Schlaepfer-Pedrazzini e Infante-Castañeda, 1990).

² Citado por Schlaepfer-Pedrazzini L, Infante-Castañeda C, 1990.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de necesidades de salud tiene cuatro dimensiones: 1) *necesidad normativa*: necesidad definida por expertos y que resulta al comparar una situación deseable con la real de una persona; 2) *necesidad sentida*: cuando las personas perciben la necesidad de un servicio; 3) *necesidad expresada o demanda*: es la necesidad sentida traducida en una acción concreta y 4) *necesidad comparativa*: la que resulta del análisis de las características de personas que reciben servicios y de la identificación de personas con las mismas características pero que no reciben servicios y que, por definición, están necesitadas.

Algunos autores como De Keijzer, (1997) ven en la definición popular de las necesidades de la salud y la participación social en la promoción de la misma, elementos importantes a tomarse en cuenta dentro de las acciones emprendidas desde un sistema de salud. Todos coinciden en que *el grado de convergencia entre las definiciones de ambos grupos constituye un indicador del éxito de los sistemas de salud.*

La intervención se realiza con base en las necesidades de salud. Los resultados son los efectos de dicha intervención de los servicios sobre la condición de salud de la persona y que autores como Logan³ miden con las siete "D's" (por sus siglas en inglés): enfermedad (disease), muerte (death), dependencia (dependency), discapacidad (disability), alteración (disruption), incomodidad (discomfort) e insatisfacción (dissatisfaction), aspectos cuya atención es la preocupación de los sistemas de salud.

Las formas concretas en que se definan las necesidades, se produzcan los servicios y se movilicen los recursos requeridos quedarán plasmadas en las *políticas de salud* que desarrolla cada sociedad para cumplir con los objetivos que se proponga respecto a la salud de sus poblaciones. Dichas políticas pueden ser explícitas si se manifiestan en documentos oficiales, o bien implícitas, al concretarse en las prácticas reales de los sistemas de salud.

Se habla de políticas de salud en virtud de que, aunque la definición de las necesidades de salud esté basada en la evidencia científica o bien en los servicios que la población demande, tiene un *carácter normativo*, desde el momento que *delimita* cuáles condiciones *deberán* recibir una respuesta. De esta manera, el concepto mismo de *necesidades* implica una serie de valores y de políticas sociales pues representa el primer eslabón de la respuesta social organizada. Especificar dichas necesidades conlleva a establecer las metas de *producción de servicios.*

Las actividades concretas que un sistema de salud define, planifica, ejecuta y evalúa para dar respuesta a las necesidades de salud se constituyen en los *servicios de salud.* En opinión

³ Citado por Schlaepfer-Pedrazzini L, Infante Castañeda C, 1990.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

de Frenk (1993), los servicios de salud tienen un valor positivo para la mayoría de la gente y dada la naturaleza de las necesidades de salud, el deseo de obtenerlos suele ser mayor que los recursos para producirlos. De ahí que, una vez establecidas las metas de producción de servicios, se pase a estimar los requerimientos de recursos humanos, materiales y financieros.

Se llega así a la triada fundamental de los fenómenos de la salud pública: a) las *necesidades* de salud, b) los *servicios* que satisfacen esas necesidades y c) los *recursos* que se requieren para producir dichos servicios.

Características de los sistemas de salud

Cuando se habla de sistemas de salud se hace referencia a sistemas en los que sus elementos fundamentales (necesidades, servicios y recursos) tienen una estructura de relaciones, tanto entre sí, como con su entorno (sistema de información e investigación, conjunto de políticas públicas), y que además tienden hacia la complejidad, entendida ésta como el límite entre el orden y el caos. Son producto de la interacción entre las esferas conocidas como determinantes estructurales de las sociedades, entre las que se cuentan el nivel de riqueza de un país, su estratificación social, su estructura ocupacional y los mecanismos de redistribución de la riqueza con que cuenta.

Entre sus *funciones* se encuentra el conjuntar una serie de instrumentos sociales tales como legislaciones, organizaciones y tecnologías que permitan la movilización de recursos para transformarlos en servicios de salud, guiados por políticas e información acerca de las necesidades de salud y sobre su propio desempeño. Asimismo, se mencionan también múltiples *dimensiones* de los sistemas de salud, entre las cuales se destacan, las siguientes:

- *Económica*: Fuente de empleo e ingresos para varios profesionales, administradores y técnicos; espacio donde se movilizan grandes cantidades de dinero, tanto público como privado y en el que se produce una constante innovación tecnológica.

- *Política*: Fuente de diferenciación (poder y prestigio) institucional, donde se encuentran organizaciones complejas con estructuras de autoridad específicas y donde, el "ciudadano común" entra en contacto personal con "la ciencia"; arena para la competencia política entre partidos, grupos de presión y movimientos sociales.

- *Cultural*: Sitio en el que se construyen una serie de significados para interpretar aspectos fundamentales de la experiencia humana (nacimiento, muerte, dolor, sufrimiento,

normalidad, desviación) y donde se formulan y a veces se responden varias de las preguntas éticas clave de nuestros tiempos. (Frenk, 1993)

Con la descripción anterior quedan ilustradas las funciones de control social formal y reproducción de la ideología del grupo dominante que también pueden cumplir los sistemas de salud.

Es necesario agregar que todo sistema de salud implica la interacción entre los prestadores de servicios y los miembros de una población, que junto con el Estado, constituyen *los actores involucrados* en los sistemas de salud. Dicha interacción se caracteriza porque: a) Ninguno de los actores actúa de manera autónoma, sino que lo hacen en su carácter de miembros pertenecientes de organizaciones diversas, organizaciones que representan sus intereses, b) Ninguno constituye categorías homogéneas: dentro de cada uno de los actores se encuentran grupos con diferente grado de control dentro de la división del trabajo, por lo que no comparten obviamente los mismos intereses; c) la relación entre los prestadores y la población no es directa, sino que es mediada por el Estado en su carácter de mediador colectivo fundamental y concebido sólo como las instituciones de gobierno que proporcionan los mecanismos administrativos, legislativos y judiciales para el ejercicio de la autoridad y del poder público. (Frenk, 1993)

Dado que los sistemas de salud proveen servicios de salud a la población, la prestación de estos servicios constituye uno de los mecanismos de redistribución de la riqueza y es, junto con la educación, elemento primordial para promover la equidad. Independientemente de la subjetividad de las personas (la tolerancia al dolor por ejemplo), para que puedan utilizar los servicios de salud, se requiere que tengan acceso a ellos, por lo que resulta indispensable clarificar los criterios de acceso a dichos servicios.

La *accesibilidad* se define como la capacidad potencial de producir servicios y la utilización real de dichos servicios; Donabedian (1993) considera que es el "grado de ajuste" entre las características de la población y las de los recursos, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención a la salud. Las formas básicas para sistematizar este concepto se abordarán más adelante.

Por otra parte, las modalidades diferentes que adoptan los sistemas de salud en diversos países dependen de la manera en que estos actores se organizan respecto a tres funciones primordiales: financiamiento, regulación y prestación de los servicios. Entre mayor sea el número de funciones que desempeña el Estado, mayor será su grado de control sobre los prestadores; y respecto a su relación con la población, el propio Estado establece principios para regular el acceso de distintos grupos a los servicios de

salud. De esta manera se perfila el modelo de sistema de salud al que cada sociedad puede aspirar, modelo que revelará ciertos valores y principios éticos.

Como la salud no puede concebirse como una mercancía más (aunque en la práctica cotidiana cada vez lo sea más), sujeta a leyes del libre mercado, es el Estado, en su carácter de mediador fundamental, el que regula el acceso de distintos grupos a los servicios de salud. Se han reportado cuatro criterios o principios:

- *Poder de compra*: Cuando la regulación y el financiamiento público (aquel que aporta el Estado) son débiles, se impone el poder de compra. El mecanismo para racionar los servicios es el precio. Este criterio se enfrenta a las imperfecciones del mercado, que obligan a la mediación del Estado. Su participación se convierte entonces en la premisa de la que parten los tres criterios siguientes.

- *La pobreza*: Los servicios de salud se brindan a quienes demuestran indigencia o necesidad, criterio que ha sido la base de la asistencia pública. Su base ética es la responsabilidad moral del Estado para ayudar a los más vulnerables, ayuda que redundará también en la protección de los demás.

- *Prioridad socialmente percibida*: Este criterio ha permitido el desarrollo de las instituciones de seguridad social en México y en otros países. Busca beneficiar, entre otros, a grupos sociales que son definidos por el Estado como prioritarios por su posición laboral estratégica tales como los servidores públicos o los miembros de las fuerzas armadas.

- *La ciudadanía*: Criterio desarrollado para contrarrestar las inequidades que producen los tres anteriores ya que es el único que por definición no se restringe a algún grupo en particular, sino que su vigencia es universal. De esta manera, la atención a la salud deja de ser una mercancía, un objeto de ayuda o un privilegio y se convierte en un derecho social.

En la práctica los cuatro criterios pueden coexistir e influirse mutuamente y han permitido la existencia de sectores institucionales distintos: la seguridad social, la asistencia pública y el sector privado.

La intervención del Estado se ha enfocado a regular los mercados para promover esquemas de cobertura nuevos que protejan a más grupos sociales, a garantizar la contribución justa por parte de los beneficiarios y obtener la colaboración de la profesión médica a costos razonables y con servicios de calidad.

En México, a partir de la década de los 90's, *la evaluación y garantía de la calidad de la atención médica* se introdujeron como retos para que nuestro sistema de salud estuviera a la altura

de la transición epidemiológica, (Ruelas, 1990) Utilizando el modelo desarrollado por Donabedian, (1993) que contempla la *estructura*, el *proceso* y el *resultado*, como las dimensiones del análisis de la *calidad*, se han realizado diversas investigaciones de corte poblacional para conocer la percepción y satisfacción que tienen los usuarios de los servicios brindados por el Sistema Nacional de Salud, la calidad de éstos y las expectativas de los pacientes⁴.

Entre los principales resultados de estas investigaciones destaca el traslape conceptual entre los conceptos de calidad y accesibilidad, puesto que la última abarca variables que repercuten directamente en la primera como tiempos de espera, horarios de servicio, costos, etc. Ramírez-Sánchez (1997) y Aguirre-Gas (1990) informan que los aspectos del *proceso* de la atención (relación interpersonal, contenido de la consulta, duración, acciones clínicas de revisión y diagnóstico) son los que la población usuaria identifica, en un 45% de los casos, como indicadores ligados a la calidad de la atención. Las variables relacionadas con *resultado* (cambios en la salud, efecto de medicamentos) en un 21% y con *estructura física, humana y organizacional* (organización de horarios, citas, fichas, existencia de materiales y medicamentos) en un 18%. Las variables de accesibilidad (precios y tiempos de espera) se mencionaron en un 16% de los casos. En la *mala calidad* de la atención se mencionaron variables como largos tiempos de espera (24%) y deficiencia en la revisión y diagnóstico. (12%)

La mayoría de los autores consultados coinciden en señalar la importancia de la relación médico-paciente para brindar una atención de calidad, ya que está relacionada con la adherencia terapéutica y al cumplimiento de las prescripciones indicadas por el personal de salud. Se menciona además que el concepto que el usuario tiene acerca de los servicios de salud y del proceso salud-enfermedad son elementos que intervienen en la percepción de la población respecto a la calidad de la atención recibida.

Como conclusión de este apartado se puede resaltar la afirmación de Frenk (1993) en el sentido de que un mejor sistema de salud será aquél que tenga mayor capacidad de anticipar el curso de la transición epidemiológica para movilizar los recursos y producir los servicios que reduzcan las desigualdades y logren los mayores incrementos en los niveles de salud al menor costo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

⁴ Ver Número Especial de **Salud Pública de México** sobre el tema: Vol. 32, No. 2, Marzo-Abril, 1990.

III.3. EL SISTEMA DE SALUD DE MÉXICO.

Su organización.

La organización del sistema de salud de México está segmentada y estrechamente vinculada con la inserción laboral de las personas. Por un lado, están los trabajadores de la economía formal afiliados a varias instituciones de seguridad social, como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), los Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), y la Secretaría de Marina (SEDEMAR), entre otras. Por el otro, el sistema público, enfocado esencialmente a las personas no aseguradas, pudiendo acudir todos los ciudadanos. La Secretaría de Salud es la principal institución que opera en áreas urbanas y rurales de todo el país, mientras el programa IMSS-Solidaridad sólo en algunas zonas rurales. Por último, el sector privado que funciona en un contexto poco supervisado, excepto las Instituciones de Seguros Especializadas en Salud (ISES) pues cuentan con un fuerte marco regulador.

El ordenamiento jurídico del sector se basa en dos leyes generales, actualizadas periódicamente a iniciativa del gobierno: la Ley General de Salud y la Ley del Seguro Social, las cuales se operacionalizan a través de las Normas Oficiales Mexicanas (NOM), Reglamentos y Acuerdos que se publican en el *Diario Oficial de la Federación* (DOF) y que tienen fuerza legal. Un número importante de Estados cuenta con Ley Estatal de Salud. La Secretaría de Salud (SSA) norma y coordina los esfuerzos de todas las instituciones y dependencias, tanto públicas como privadas en un órgano llamado Sistema Nacional de Salud (SNS). La Federación tiene a su cargo la revisión y elaboración de las NOM en salud y demás instrumentos que se utilizan en la regulación del sector, convoca a los grupos interinstitucionales (por ejemplo, estadísticas sanitarias, de atención a grupos especiales de población, etc.), concentra las estadísticas nacionales y ostenta la representación internacional del sector, mientras que las secretarías estatales y direcciones locales de salud tienen responsabilidades compartidas en la organización, operación y vigilancia de los servicios públicos y privados, el control sanitario del ambiente, la producción y los servicios y el desarrollo de las actividades de promoción y fomento de la salud. Asimismo, la Federación cuenta con un Consejo Nacional de Salud, instancia entre la Federación y los Estados para las coordinaciones técnicas y logísticas de los programas de salud.

Las acciones de regulación sanitaria se desarrollan desde servicios de salud pública y de atención médica de diferentes niveles. La SSA define la estructura y composición de su

red, con base en un Modelo que precisa los tipos de unidad, organización y esquemas generales de trabajo, complementado por varios reglamentos y programas de acción. Los procedimientos para la atención a las enfermedades más comunes son definidos a través de Normas Oficiales Mexicanas, de obligatorio cumplimiento para todos los prestadores de servicios de salud. Adicionalmente, cada institución genera otras normativas para la planeación, organización y gestión de sus servicios de salud.

Los servicios de atención a las poblaciones son responsabilidad de la SSA con apoyo de las instituciones de seguridad social, particularmente el IMSS, y con programas de salud comunitaria que incluyen acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades en hogares, escuelas y centros de trabajos. Las campañas de promoción de la salud las coordina también la SSA y tiene en el movimiento de municipios por la salud uno de sus ejes más relevantes con más de 1,600 municipios incorporados hasta el año 2001. Desde los servicios de salud se realizan actividades permanentes de comunicación social para la reducción del tabaquismo, el sedentarismo y la promoción de hábitos de vida saludables y el autocuidado de la salud, mediante trípticos, carteles y promocionales en radio y televisión.

El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), es el conjunto de métodos y procesos estandarizados de las instituciones del Sistema Nacional de Salud que lleva a cabo, de manera oportuna y uniforme, la vigilancia epidemiológica. El SINAVE es un sistema único automatizado que permite la captura, concentración y análisis de la información sobre casos nuevos y el control de las principales enfermedades, al tiempo que emite informes de programas, de notificación semanal, catálogos, gráficas y mapas del comportamiento de las enfermedades por grupo de edad e institución. El SINAVE cuenta con un órgano normativo en el ámbito nacional, que observa, facilita, fomenta y guía el quehacer epidemiológico en el país: el Comité Nacional para la Vigilancia Epidemiológica (CONAVE), el cual está constituido por los titulares de cada una de las instituciones que forman el Sistema Nacional de Salud. Este Comité está representado, en cada estado de la república, por otro órgano colegiado que coordina los esfuerzos estatales de todas las instituciones: el Comité Estatal para la Vigilancia Epidemiológica (CEVE), integrado por los representantes en cada entidad federativa de las instituciones del Sistema de Salud. (SSA-SINAVE, 2000)

Los servicios de atención a las personas están estructurados en tres niveles de atención: el primer nivel de atención con acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la morbilidad más frecuente, brindado por médicos generales o familiares y personal de enfermería. Apoyados por personas de la comunidad -promotores de salud- capacitadas para realizar determinadas acciones. El

segundo nivel de atención es donde se presta la atención de las especialidades básicas con personal médico especializado y con el apoyo de enfermeras en hospitales generales o de especialidad. Se brinda atención ambulatoria y de hospitalización, cuenta generalmente con servicios de apoyo diagnóstico de imagenología y laboratorio. El tercer nivel de atención realiza la atención especializada de mayor complejidad e investigaciones de diversos tipos, a cargo de médicos especialistas con apoyo de enfermeras especializadas y otros profesionales de la salud. Cada institución conforma su propia red de establecimientos de salud en los tres niveles de atención y el uso de los servicios de otra institución tiene poco desarrollo y, cuando esto ocurre, es por convenios establecidos en los Estados o el nivel local, no existiendo un mecanismo nacional.

La descentralización de los servicios de salud es una realidad, un ejemplo de ello es que los recursos humanos, materiales y financieros de la federación hacia los gobiernos de los estados en 2001. La SSA se concentró en los aspectos de normatividad, dando lugar a más de 74% de las funciones de regulación y provisión de servicios. La calidad de los servicios se ha abordado mediante varias estrategias: la labor de la Comisión Nacional de Arbitraje Médico (CONAMED), órgano con autonomía técnica para mediar en casos de quejas de la población por irregularidades en la prestación o por no recibir la atención requerida. La *sustentabilidad financiera*, se crearon por ley las Instituciones de Seguro Especializadas en Salud (ISES) en el año 2000, permitiendo los seguros privados de salud integral. (sólo había seguros privados para gastos médicos mayores) Respecto a la participación social, las estrategias más relevantes fueron el impulso al trabajo de comités locales de salud, instancias creadas en la comunidad para apoyar la gestión de los centros de salud.

Los servicios de salud y la farmacodependencia en México.

Como ha quedado claro a lo largo de este trabajo, el consumo de sustancias adictivas ilícitas se ha convertido en un problema mundial de salud desde los años sesenta, fundamentalmente en sociedades muy desarrolladas y con alto ingreso *per cápita*. Los demás países, entre ellos México, eran considerados como productores y/o de tránsito de drogas hacia los centros de consumo. Actualmente, la diferencia entre países productores y consumidores ha desaparecido porque los primeros comenzaron a registrar incrementos considerables en su consumo interno, como es el caso de nuestro país, y los que eran fundamentalmente consumidores, se han convertido también en productores. Lo anterior sin contar con la diversificación de las estrategias que ha implementado el narcotráfico.

La trayectoria de atención que se brinda a los adictos se inició en México a finales de la década de 1960. En 1969 se crearon los Centros de Integración Juvenil (CIJ), pioneros en la atención de las adicciones con apoyo del gobierno federal, que junto con centros de salud y algunos hospitales psiquiátricos se han orientado básicamente al tratamiento. Para 1972, la SSA creó el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) con la misión de realizar las primeras investigaciones epidemiológicas, biomédicas y clínicas en el ámbito del uso y abuso de sustancias adictivas. En 1979 estas funciones fueron asumidas por el entonces Instituto Mexicano de Psiquiatría, institución que a partir de junio de 2000 se denomina Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente" (INP) y pasa a formar parte de los Institutos Nacionales de Salud de la SSA. (SSA-CONADIC, 2000)

Aún cuando para 1980 eran ya múltiples los grupos y organizaciones dedicadas a la prevención y al tratamiento, fue hasta 1984 que la Ley General de Salud consideró a las adicciones (farmacodependencia, alcoholismo y tabaquismo) como problema de salubridad general y aportó el marco jurídico para realizar acciones en esta materia. El 26 de febrero de 1985, por Decreto Presidencial, se creó el Consejo Nacional contra la Farmacodependencia y el Consejo Nacional contra el Alcoholismo, y el 8 de julio de 1986 el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), presidido por la SSA, que sustituyó a los dos anteriores. El sustento programático se conformó en el Programa Nacional de Salud 1984-1988; que dio origen al primer Programa contra la Farmacodependencia al establecer las líneas de coordinación intersectorial, descentralización y participación de la comunidad. El programa se orientó específicamente al análisis de los aspectos de la salud, educación, investigación y legislación, con base en las primeras aproximaciones epidemiológicas y clínicas existentes en México y se pronunció por amplias líneas estratégicas, tales como la prevención, la atención de la salud, la legislación y la investigación, basadas en el modelo epidemiológico del agente, huésped y medio ambiente. (SSA-CONADIC, 2000)

Como propuesta del CONADIC nacieron los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA) dentro de los Servicios Estatales de Salud. (SESA) La Secretaría de Educación Pública (SEP) trabajó materiales con carácter preventivo en apoyo a la educación primaria y de adultos, y se consolidaron los Centros de Integración Juvenil, así como los grupos de autoayuda y clínicas privadas. En 1988, la SSA efectuó la primera Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) y la SEP y el INP las encuestas en población estudiantil de todo el país en 1986 y 1991. En ese mismo año la SSA, a través de la Dirección General de Epidemiología, implementó el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) en ocho ciudades de la frontera norte del país; en la actualidad se tienen cubiertas 17 entidades federativas. (SSA-SINAVE, 2000)

Estos avances constituyeron el fundamento para que en 1992 se actualizara el Programa contra la Farmacodependencia, con la participación activa de las instituciones de los sectores salud y educación, y de otras dependencias gubernamentales, así como organismos no gubernamentales, grupos de ayuda mutua y entidades del sector privado. Sin embargo, en aquel momento se identificó la ausencia de mecanismos específicos para dar seguimiento y evaluar los compromisos establecidos por las instituciones participantes en el Programa contra la Farmacodependencia. Este programa quedó integrado en el Programa Nacional para el Control de Drogas 1989-1994, que plasmó el marco de acción del gobierno de México en su lucha contra las drogas en dos vertientes: la prevención del uso indebido de sustancias adictivas y el tratamiento a los adictos, y el combate a la delincuencia asociada al narcotráfico.

Los estudios epidemiológicos han continuado realizándose y constituido la base para conocer la tendencia del consumo de drogas en México, y con ello fundamentar nuevas prioridades en relación con la forma de otorgar servicios de atención a este fenómeno que, por sus dimensiones, forma parte de los principales problemas de salud pública en el país.

El Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000 le asignó alta prioridad a la atención de las adicciones, estableciendo un modelo de salud que privilegia lo preventivo sobre lo curativo y define la necesidad de un enfoque integral que considere la atención en los diferentes niveles (estatal y municipal), con el fin de alcanzar un mayor impacto, haciendo más eficiente el uso de los recursos. La prevención del uso y abuso de drogas, y el abatimiento de los problemas asociados se han ubicado como prioridad dentro de los programas de salud.

III.4. UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Concepto de enfermedad

De acuerdo a Fitzpatrick (1990), las enfermedades se presentan dentro de culturas particulares que influyen tanto en el modo en que se experimentan éstas, como en las respuestas dadas a los síntomas, lo que a su vez interviene en los tipos de ayuda buscada y en las percepciones de las ventajas de los posibles tratamientos. Por consiguiente, es importante resaltar que el concepto de *enfermedad* hace referencia a todos los aspectos *experienciales* de trastorno corporal que son “conformados por factores culturales que

rigen la percepción, el nombre y la explicación de la experiencia desagradable.” (Kleinman, Eisenberg, Good, 1972, pp. 252)⁵ El significado cognoscitivo atribuido a estados corporales anormales es conformado social y culturalmente y a su vez, constituye la experiencia del que sufre.

Se han realizado investigaciones para conocer las creencias sobre enfermedad en las comunidades occidentales modernas. La *infección* se menciona como la categoría más invocada como causa. Le sigue la *herencia*, *riesgos del ambiente*, *efectos secundarios de otras enfermedades*, *estrés*, *embarazo*, *menopausia*, *trauma* y *cirugía*. (Fitzpatrick y colaboradores, 1990)

Chrisman⁶ sistematizó estas creencias o modos de pensar sobre las causas de las enfermedades de acuerdo a “lógicas”: 1) *Lógica degenerativa*: La enfermedad sigue al desgaste del cuerpo. 2) *Lógica mecánica*: la enfermedad como resultado del bloqueos o daños a estructurales corporales. 3) *Lógica de equilibrio*: la enfermedad sigue a la ruptura de la armonía entre partes, o entre el individuo y el medio. 4) *Lógica de invasión*: la enfermedad como resultado de intrusiones materiales (Teoría del germen). 5) *Lógica genética*: la enfermedad se presenta por factores hereditarios. 6) *Lógica multicausal*: la enfermedad es producto de factores como estrés, preocupación, tensión, estilos de vida modernos, hábitos alimenticios inadecuados.

En la literatura especializada en el tema se concluye entonces que es esencial tomar en cuenta que “los mundos separados de experiencia y de referencia del lego y del trabajador profesional se hallan siempre en *conflicto potencial recíproco*” (Freidson, 1974) y que por lo tanto, prestar atención a las interpretaciones que los pacientes dan a sus problemas de salud ha dado buenos resultados en la clínica, razón por la cual se deben incorporar en la práctica de la atención de la salud⁷.

La utilización de servicios de salud está, por lo tanto, directamente relacionada con las ideas que se tengan sobre las causas de las enfermedades. Si bien desde la ciencia médica el modelo biomédico hegemónico parte de que la enfermedad es perfectamente explicable por medio de desviaciones de la norma de variables mensurables (somáticas), recientemente también se han desarrollado distintos modelos que explican la utilización de los servicios de salud para dar cuenta de las dimensiones sociales, psicológicas y conductuales de la enfermedad.

⁵ Citado por Fitzpatrick y colaboradores, 1990.

⁶ Citado por Fitzpatrick y colaboradores, 1990.

⁷ Citado por Fitzpatrick y colaboradores, 1990.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Disparadores y barreras en la utilización de servicios de salud

La utilización de servicios de salud puede concebirse como la interfase de un proceso dinámico y complejo que pone en contacto a los actores, la población y el personal de salud, con el propósito de satisfacer una condición de salud determinada. (Arredondo, Meléndez, 1992; Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo, 1997) En este proceso intervienen creencias relativas a la salud, la confianza en el sistema de atención médica y en el personal de salud y la tolerancia al dolor y a la incapacidad, factores subjetivos que, junto con el concepto de accesibilidad, se han estudiado bajo el rubro de disparadores y barreras para la utilización de servicios de salud.

La utilización de servicios de salud se constituye en una sucesión de acontecimientos que tiene su inicio cuando surge la necesidad de atención médica y termina cuando se inicia o continúa dicha utilización, por lo que tiene estrecha relación con el concepto de accesibilidad.

Se han sistematizado cuatro formas básicas de accesibilidad o bien barreras de acceso a la atención, dependiendo del “grado de ajuste” entre las características de la población y las de los recursos, en el proceso de búsqueda y obtención de la atención a la salud: *Geográfica*: los servicios deben localizarse y/o brindarse cerca de donde la población viva, *Financiera*: el costo del servicio debe ser alcanzable y tomar en cuenta que incluye también el del transporte y el valor del tiempo utilizado en buscar y obtener la atención; *Organizativa*: los obstáculos que la propia organización de los recursos interpone para la utilización de los servicios tales como requisitos para pedir una cita, horarios disponibles, etc., y *Cultural*: la distancia entre prestadores y usuarios potenciales marcada por aspectos tales como el idioma o las creencias sobre la salud.

Entre estas barreras no se incluye la que se da cuando el individuo o la familia no identifican necesidades de salud que los profesionistas definen como tales, situación que, de hecho sí se constituye en una barrera desde el punto de vista de los usuarios potenciales quienes no encuentran solución a sus necesidades de salud en las actuales políticas sociales sobre la atención a las distintas necesidades de salud, entre ellas las adicciones. (Lara, 1998; Ortiz, 1997)

Existe amplio consenso en la literatura especializada en que las distintas barreras a la atención previamente descritas conllevan a la insatisfacción actual de un importante porcentaje de las necesidades sentidas por la población, insatisfacción que se reporta en la mayoría de los servicios que brindan los sistemas de salud actuales. En la práctica, la distribución de estas barreras y disparadores es muy desigual: los sectores más pobres de la población enfrentan los mayores obstáculos geográficos, financieros, organizacionales

y culturales, no obstante ser, los que tienen mayores necesidades de salud (Vega y Gutiérrez, 1998).

Modelos Teóricos que explican la utilización de los servicios de salud.

Se han desarrollado distintos modelos teóricos para el abordaje de la utilización de los servicios de salud. (Arredondo, Meléndez, 1992; ; Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo, 1997) A continuación se sintetizan algunas de las características de los modelos principales.

Modelo epidemiológico

Los *daños a la salud* (morbilidad, mortalidad) conforman necesidades que inducen a la población a utilizar los servicios en el *Modelo epidemiológico*. Estos daños son producto de la exposición a riesgos iniciadores (ocurren antes de que la enfermedad sea irreversible) o a riesgos precipitantes (cuando la enfermedad ya es irreversible) que motivan a la utilización de servicios de prevención, de diagnóstico y tratamiento y de seguimiento y rehabilitación, según sea el caso.

Modelo psicosocial

Rosenstock propuso el *Modelo psicosocial* basado en lo que una persona que se considera sana realiza con el propósito de prevenir la enfermedad. Incluye 1) El estado de alerta para decidir un comportamiento específico en función de la susceptibilidad percibida, 2) Las creencias sobre los beneficios y barreras de utilizar estos servicios preventivos y 3) Los factores detonantes, que pueden ser internos (percepción del estado corporal) o externos. (interacción interpersonal, impacto de medios de comunicación, etc.)

Modelos sociológicos

Las variables consideradas dentro de los *Modelos Sociológicos* han sido estudiadas por autores como Suchman, Anderson, Aday y Andersen, Mechanic, Brehil y Granda, entre otros. (Arredondo, Meléndez, 1992) Estos modelos enfatizan aspectos socioculturales y ambientales, tales como la red de relaciones sociales (familia, amigos); Suchman propone que en la conducta del enfermo puede distinguirse esta secuencia: 1) Percepción de los síntomas; 2) Adopción del papel de enfermo con validación provisional de individuos no profesionales; 3) Establecimiento de contacto con los servicios de atención médica; 4) Ingreso en la relación médico-paciente y 5) Recuperación y rehabilitación.

Anderson desarrolló un modelo conductual en el que la utilización de servicios de salud está en función de 1) La necesidad de atención (percibida tanto por la persona como por el personal de salud; 2) Factores predisponentes, variables sociodemográficas relacionadas y asociadas con actitudes y creencias en torno al proceso salud-enfermedad y 3) Factores capacitantes que abarcan recursos familiares (ingreso, ahorro, seguros médicos) y comunitarios (servicios disponibles, fuerza de trabajo en salud, etc.). El aporte principal de este autor es que distingue la utilización de los servicios en un sentido curativo (necesidades) y en un sentido preventivo (factores predisponentes y capacitantes). (Arredondo, Meléndez, 1992; Bronfman, Castro, Zúñiga, Miranda y Oviedo, 1997)

Aday y Andersen sugieren que la política de salud determinará las características de los servicios y su utilización, por lo que su modelo comprende dos dimensiones: 1) Variables de proceso: políticas de salud, características de los servicios por un lado y de la población por otro y 2) Variables de Resultado: utilización real de los servicios y satisfacción de los servicios. (Arredondo y Meléndez, 1992) Para Aday y Andersen los predictores del uso de servicios se agrupan en tres categorías: 1) Factores que funcionan como “disparadores” que se operacionalizan generalmente como variables sociodemográficas como etnia y educación; 2) Factores que permiten su uso (accesibilidad a servicios de salud generales o especializados y 3) Factores relacionados con las necesidades de salud medidos a través de la percepción de la necesidad y la severidad de la enfermedad. (Booth, Staton, Leukefeld, 2001)

Mechanic (1979) por su parte desarrolló el concepto *conducta del enfermo (illness behavior)* dentro del análisis de la utilización de servicios de salud. Define *conducta del enfermo* como *la forma en que los síntomas pueden ser diferencialmente percibidos, evaluados y actuados por distintos tipos de personas y en contextos sociales específicos*. Este concepto debe distinguir, por lo menos, cuatro grupos de variables: 1) Visibilidad y frecuencia de los síntomas; 2) Grado de severidad de los mismos; 3) Existencia de sistemas alternativos para interpretarlos y 4) Factores no sociológicos tales como las características de los servicios de salud (Bronfman, 1997); pero además, dos niveles de definición: 1) La dada por otros y 2) La que proporciona el propio enfermo sobre sus síntomas. Por lo que las personas responden a sus síntomas sobre la base de sus propias definiciones de la situación, influenciadas por la definición de otros y compartidas por aprendizajes, socialización y experiencias pasadas en un marco cultural de la persona enferma. (Arredondo, Meléndez, 1992) En síntesis, la conducta del enfermo es una respuesta aprendida cultural y socialmente.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Otro modelo sociológico es el desarrollado por Brehil y Granda⁸, para quienes el análisis de la demanda de los servicios de salud se sitúa en tres niveles: 1) *General*: nivel relacionado con la reproducción social, 2) *Particular*: nivel relacionado con la reproducción de la fuerza de trabajo y 3) *Específico*: nivel relacionado con la producción del individuo. Las conductas personales que van desde la sensorpercepción del problema hasta la ejecución de actividades para la solución (demanda efectiva) se consideran productos individuales pero socialmente determinados, ya que cada grupo social registra aquellos problemas que son prioritarios para la reproducción social, de la fuerza de trabajo y del individuo mismo.

Para estos autores, la *aparición* de la necesidad de salud es la interpretación de la comunidad de la existencia de un vacío o solución de continuidad que impide la reproducción social, mientras que la *producción* de la necesidad es la visualización de un requerimiento de producción. Las soluciones estarán determinadas por la interpretación individual de la producción de la necesidad y por el hecho de ejercitar la demanda, misma que es modulada por la oferta que constituye una entrega tecnológico-instrumental determinada por leyes de distribución. (Arredondo, Meléndez, 1992)

Modelos económicos

Se han desarrollado también *Modelos económicos* para explicar la utilización de servicios de salud, los cuales se agrupan en Modelos basados en el análisis de la demanda y aquellos basados en la teoría del capital humano. (Arredondo, Meléndez, 1992) La utilización de servicios en los modelos basados en la demanda se explica como una función de utilidad sujeta a una restricción presupuestal simple: para consumir dichos bienes la persona requiere cierto ingreso, pero lo que podrá adquirir depende de los precios de los bienes. Si el ingreso es mayor, habrá incremento en la demanda de servicios de salud. Mientras que en los modelos del capital humano se afirma que los individuos pueden aumentar sus capacidades como productores y como consumidores si invierten en ellos mismos, bajo los supuestos de que 1) los individuos heredan un acervo inicial de salud que se deprecia en el tiempo a una tasa creciente; 2) la salud se incrementa a través de la inversión en los servicios de salud y 3) cuando el capital salud cae debajo de cierto nivel, la muerte sobreviene.

Dentro de estos modelos económicos también se propone a la familia como unidad de análisis, destacándose factores como el contagio familiar de enfermedades,

⁸ Citados por Arredondo y Meléndez, 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

características genéticas y la higiene ambiental del hogar y se distinguen la atención necesaria y la preventiva como dos bienes diferentes.

Limitaciones de los modelos revisados.

Si bien los modelos previamente citados son complementarios en el análisis del tema que nos ocupa, es necesario resaltar variables como la edad y el sexo de las personas, ya que la relación entre edad y uso de servicios no es lineal ni la misma para cada tipo de servicio y las mujeres en edad reproductiva plantean mayores necesidades de atención médica. El tamaño de la familia también afecta considerablemente la demanda de servicios de salud. (Arredondo, Meléndez, 1992)

Bronfman y colaboradores (1997) cuestionan el carácter parcial de los modelos citados puesto que se enfocan a identificar variables que influyen en la utilización de servicios y no a la explicación del efecto de cada una de ellas. Proponen que la utilización de servicios de salud no es sólo un hecho social (determinado por variables externas a las personas), sino una forma de conducta que se explica a partir de los significados que los individuos construyen a través de la interacción social, por lo que se trata de una acción social específica que privilegia el estudio de la subjetividad de las personas.

Utilización de los Servicios de Salud en población adicta

Booth y colaboradores (2001) clasifican la investigación sobre Servicios de Salud y Uso de Sustancias en áreas relacionadas con 1) disparadores y barreras al tratamiento, 2) necesidades, 3) utilización de servicios 4) resultados y 5) costos.

En el caso de los usuarios de drogas, estos autores destacan que aunque los factores *disparadores* no están sujetos a una intervención directa, existen diferencias en el acceso al servicio debidas a género, grupo social y contexto sociocultural del que provengan, factores que deben ser tomados en cuenta para la planificación y el éxito de intervenciones adecuadas. Además de la adecuación del servicio a las necesidades de los usuarios, los costos de la atención y el “grado de ajuste” entre el usuario y el prestador del servicio respecto a la definición del problema a tratar, se menciona el *estigma percibido* y el contar con una *fuerza constante de apoyo* (madre, esposa, apoyo familiar) como las variables más reportadas en la *accesibilidad* al servicio y que pueden explicar, en parte, la evidencia reportada de que pocos adictos piden ayuda en los servicios de salud. Lo

anterior no excluye las amplias inequidades de acceso particularmente para poblaciones ocultas y vulnerables.

En la utilización de servicios de salud por parte de usuarias adictas se han reportado también barreras de género (Allen, 1994, Lara, 1998) causadas por el paradigma androcentrista que juzga de manera equivocada la “manera de ser” de las mujeres y que tiene introyectado y es practicado por la inmensa mayoría de los prestadores de servicios de salud.

Respecto al concepto *necesidades*, los predictores para la utilización de servicios de salud son la *necesidad percibida* y la *severidad de la enfermedad*, variables influenciadas por factores psicosociales como actitudes de los miembros de las redes sociales hacia el uso de sustancias y la sobriedad y la motivación individual hacia la recuperación. Dicha motivación puede alterarse como resultado de la intervención. Resultan de vital importancia factores relacionados con las *necesidades* como la historia del uso de drogas, el tipo de drogas usadas, el grado de dependencia (leve, moderado, severo), características de la salud mental del usuario, sus creencias sobre la salud, si ha vivido o no en la calle, su funcionamiento familiar, si ha tenido o no problemas legales o si ha estado preso. (Booth, 2001; Solís, Medina-Mora, 2000).

La importancia de *necesidades específicas* dentro de los usuarios puede entenderse mejor en el caso de mujeres adictas encarceladas quienes reportan altas tasas de violencia, de experiencias de victimización y gran cantidad de problemas de salud y en las que el uso de drogas puede ser la barrera principal para utilizar servicios especializados. (Staton, 2001) La edad de los usuarios y la etapa de desarrollo por la que atraviesan se convierten también en *necesidades específicas* a tomarse en cuenta. (Wagner, 2001)

Las variables “tiempo en tratamiento” (incluye tratamiento externo) y “tratamiento por recaídas” se mencionan en la investigación sobre *utilización de servicios*. Se hace ver la relación que existe entre la calidad y grado de ajuste del servicio con la necesidad de los usuarios, para el análisis del tiempo en tratamiento. Debe ampliarse el rango de servicios ofrecidos para las recaídas, ya que muchos usuarios no “encajan” forzosamente en un solo tipo de servicio. De ahí la importancia de los servicios de emergencia en el primer nivel de atención y de servicios para problemas de salud mental asociados al uso de sustancias como violencia intrafamiliar.

Frecuentemente se afirma que “el estilo de vida” de los adictos que viven en la calle, para quienes la salud es una prioridad secundaria, se convierte en una barrera para la utilización de servicios, sin mencionar que este rechazo está asociado a experiencias negativas previas con el sistema de salud.

En el ámbito de *resultados* sobre tratamientos en usuarios se ha enfocado al uso de drogas como la medición principal (mantener el mismo consumo para evitar mayor deterioro, o reducción del daño, o cambio en las trayectorias de uso o consecuencias), mientras que en la investigación en servicios de salud se prioriza la importancia de resultados múltiples que incluye el estado general de salud, el nivel de salud mental, la participación en el mercado laboral, etc. (Booth, 2001; Solís, Medina-Mora, 2000)

La edad es otro factor que influye en los resultados, ya que entre los usuarios mayores se presenta más el uso de drogas inyectadas y prácticas sexuales de riesgo, lo que dificulta la obtención de los mismos.

Como en muchas ocasiones se reporta el *costo* del tratamiento como la barrera principal para la utilización de servicios, Booth y colaboradores (2001) sugieren examinar puntos comunes entre tipos de costos, por ejemplo, monetario versus no-monetario, así como los niveles de costos. (individual, programa, sistema, nacional e internacional)

Dentro de este contexto, la tesis tiene como meta proponer, después de conocer los problemas y necesidades de los usuarios, un modelo integral de atención a la cocaína en dos vertientes: la organización del sistema de salud para atender a los adictos y sus complicaciones médicas, y los modelos específicos de intervención, por ejemplo, el Modelo de reducción de daños (MRD), Hepatitis C, ETS, SIDA/VIH, entre otros.

Retos principales para los sistemas de salud

La tendencia actual del consumo de cocaína es la mayor registrada durante los últimos 20 años. (Unikel, 1998). Su uso se ha popularizado principalmente entre la población joven de bajos recursos debido a la gran disponibilidad que de ella se tiene por la saturación del mercado norteamericano. La cocaína ocupa el segundo lugar de consumo a nivel nacional entre la población general (Unikel, 1998); sin embargo, es probable que en poblaciones consideradas de alto riesgo (personas en tratamiento por adicciones, ex convictos, desempleados) o en determinadas áreas geográficas (zonas fronterizas como Ciudad Juárez, grandes capitales y zonas turísticas) se incrementen los porcentajes de su uso, así como que se reporte un incremento en el número de mujeres adictas a ella (Galván, 1994). Presenta una tendencia a ser droga de entrada. (Unikel, et al, 1998)

Respecto al uso que de los servicios de salud hacen los usuarios, Ortiz y colaboradores (1997) informan que alrededor del 25% de los usuarios captados por el SRID reporta no haber sido atendido en servicios de tratamiento privado. En los estudios cualitativos se

informa que la gran mayoría tiene una actitud negativa hacia los centros de tratamiento institucionalizados. Consideran que los grupos de autoayuda son la mejor alternativa y que los profesionales no tienen las habilidades adecuadas para tratarlos. (Ortiz, 1995; 1997) La opinión generalizada es que no existen, en el ámbito institucional, tratamientos específicamente diseñados para ellos y que su experiencia en los tratamientos recibidos, no sólo es mala, sino que en muchas ocasiones los han dañado. Se sienten incomprendidos en la relación que establecen con los profesionales de salud, informan que las instituciones no toman en cuenta el efecto del estigma social que los margina y los conduce a un nivel de deterioro importante: la sociedad los cataloga como “viciosos” y en los usuarios no cabe la idea de “enfermos”, o “pacientes” ni “personas en tratamiento”. (Ortiz, 1997)

Para los programas de intervención con esta población se ha reportado tomar en cuenta cuál es el nivel de involucramiento del usuario con la droga, cuáles son sus expectativas y el papel que desempeña la droga en su vida, así como el contexto en el que se desenvuelve. (Ortiz, 1995) que hace referencia al contexto cultural, fundamental en el moldeamiento de la personalidad del adicto.

Los servicios de tratamiento deben tomar en cuenta las características específicas de los usuarios de cocaína, como estados emocionales variables que les provoca períodos de recaídas y falta de motivación, situaciones precisas que hablan de su necesidad de ayuda. Se requiere que los usuarios perciban flexibilidad, sensibilidad y capacidad de autocrítica de las instituciones ante sus problemas de salud y para aceptar que no cumplen con las expectativas del usuario, lo que facilitaría la creación de una red de instituciones para su transferencia adecuada y mejorar la imagen que de ellas se tiene.

El aumento continuo de su uso en población general demanda programas de servicios de atención y tratamientos adecuados para las necesidades específicas de los usuarios de esta droga. (Ortiz, et al, 1997) Para responder adecuadamente a esta necesidad de salud se requiere un amplio conocimiento de sus características sociodemográficas, de su patrón de consumo, de sus necesidades específicas de atención y de la percepción y actitud que tienen hacia los servicios de tratamiento. Se requiere conocer más sobre las motivaciones que tienen para buscar tratamiento, el por qué de las recaídas que experimentan y de la desconfianza hacia las instituciones y sus servicios

Se requieren más estudios de tipo etnográfico y aproximaciones cualitativas para conocer las diferentes tipologías de los usuarios de cocaína y sus motivaciones para consumir y conocer la relación que hay entre tipo de usuario y grado de adicción. Se requieren también estudios dentro de la clase alta para ampliar la comprensión de este fenómeno. Hace falta el estudio de las combinaciones de drogas que se usan con más

frecuencia, ya que la cocaína tiende a usarse simultáneamente con otras que aumentan o disminuyen sus efectos. Es necesario conocer el consumo de esta droga entre las mujeres, ya que el número de usuarias se ha incrementado, con la certeza de que responden a un estigma social y cultural distinto que los varones. Se reporta igualmente importante conocer cómo intervienen los usuarios en la venta, distribución y reclutamiento de nuevos consumidores para entender por qué un porcentaje tan elevado de éstos mantienen un consumo regular sin tener, aparentemente, ninguna fuente fija de ingresos. (Unikel, 1998)

Se ha señalado que existen usuarios crónicos de cocaína que llevan 15 años o más consumiéndola al menos una vez por semana (Ortiz, 1997) y que requieren servicios de salud especiales. Su estudio puede aclarar cuáles factores propician el riesgo de la dependencia y cómo, a pesar de ser una droga considerada como de alto poder adictivo, no presentan problemas que interfieren en su adaptación familiar, social o laboral.

Para Solís y Medina-Mora (2000), el tratamiento para cualquier adicción debe contemplar: la disminución de las recaídas, la reducción de la comorbilidad, la modificación de la severidad de la adicción, la disminución de los costos en los servicios de salud, la mejoría de la capacidad productiva del sujeto, la disminución del sufrimiento y de los costos sociales de la adicción. Se disponen de modalidades terapéuticas tales como tratamientos psicosociales (psicoterapia individual, de grupo o familiar, los grupos de autoayuda y las intervenciones basadas en la fe) y tratamientos farmacológicos. (para tratar la apatía, las recaídas, la intoxicación y la abstinencia) En nuestro país se dispone también de dos sistemas para el tratamiento de los adictos: 1) Los tratamientos residenciales (que se llevan a cabo en hospitales generales, psiquiátricos, especializados, comunidades terapéuticas, grupos de autoayuda, casas de medio camino, centros de desintoxicación y centros de ayuda religiosa) y 2) Los sistemas ambulatorios de tratamiento. (que se encuentran en los centros comunitarios de salud, en servicios adjuntos a hospitales psiquiátricos y en grupos de autoayuda)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEGUNDA PARTE: INVESTIGACION

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. METODOLOGÍA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IV. METODOLOGÍA

IV.1. MARCO METODOLÓGICO

La salud pública ha venido ampliando su campo de conocimiento y el ámbito de acción, como resultado de una mezcla de factores económicos, sociales, políticos y ambientales, desde una posición basada en el paradigma médico-sanitario hasta incorporar la aproximación sociocultural y ambiental. Ello ha dado lugar a que las preguntas planteadas por los investigadores en el contexto de la salud pública actual, sean cada vez más complejas y más enclavadas en factores sociales, políticos y económicos. (Baum, 1997)

Desde esta óptica es adecuado pensar por un lado, que los métodos epidemiológicos que han dominado los escenarios metodológicos de la salud pública en los últimos cincuenta años, no son suficientes para explicar y enfrentar los actuales retos, y por otro, que la experiencia y el abanico de herramientas que ofrecen las ciencias sociales para el abordaje de estos problemas, imponen que las nuevas investigaciones en salud pública utilicen y combinen tanto los métodos cuantitativos como los cualitativos. (Prieto, 1997)

Holman ha sostenido que, para hacer la nueva salud pública, hace falta tener una visión integradora del fenómeno a estudiar, que no basta preguntarse y responderse el *qué* de los eventos estudiados, sino también conocer el *porqué* y el *cómo* de esos eventos, pues solo así se podría diseñar una estrategia integral de solución en su abordaje. (Holman, 1993) El mismo autor concluye:

Los investigadores que solo apoyan la visión cuántica o epidemiológica del fenómeno de la salud y de la enfermedad, son los tradicionalistas de la salud pública, mientras que aquellos que

defienden el uso de las técnicas interpretativas o su combinación con los primeros tienden a ser los activistas sociales de la salud.

La investigación epidemiológica ha mostrado su poderío a la hora de sugerir relaciones entre factores externos y una enfermedad o daño determinado, ha contribuido a entender el fenómeno de la causalidad, ha resaltado las bondades de la vigilancia basándose en comparaciones temporales y aún más, ha permitido valorar la efectividad de las intervenciones tanto preventivas como curativas. Pero se ha mostrado con menos certeza a la hora de explicar y comprender los actuales problemas que preocupan a la salud pública en los últimos años. (Baum, 1997)

Sin embargo, es más probable que los procesos de investigación en el contexto de la salud pública sean integrales e impactantes desde el momento que complementen sus metodologías con el empleo de los métodos cualitativos, como la observación participante o no participante, las entrevistas a profundidad, la revisión documental, los grupos focales, etc. de forma que se puedan estudiar y explicar el papel de los aspectos económicos, sociales, políticos, culturales que influyen los procesos de salud y enfermedad. Para profundizar en la comprensión de cómo las comunidades y los individuos que las integran perciben la salud y la enfermedad, tomando en cuenta el marco de referencia de ellas mismas. (Taylor, 1996)

En el ejemplo del estudio de la farmacodependencia, mientras la relación causal entre el consumo de sustancias psicoactivas y la presencia de enfermedades mentales puede explicarse a través de estudios experimentales, u observacionales, los factores como la disponibilidad y accesibilidad a sustancias, el entorno familiar, escolar y laboral de los usuarios, el significado social de las drogas, la percepción del riesgo para la salud y para el consumo, entre muchos otros, necesitan una investigación cualitativa que permitan comprenderlos en sus aspectos teóricos, conceptuales, operativos y motivacionales.

La evaluación de los aspectos relacionados con la calidad, accesibilidad y la gestión tecnológica de los servicios de salud es medular en el proceso de conocer cómo responden estos últimos a las necesidades de salud que los crean y como perciben esa respuesta tanto quienes la dan (prestadores) como los que la reciben. (clientes)

Los métodos cualitativos son una buena alternativa para evaluar la percepción de la calidad de los servicios de salud desde la óptica de los usuarios, para obtener una serie de opiniones y actitudes respecto a la atención recibida, de forma que la información obtenida beneficie a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas. (Ramírez-Sánchez, 1998)

Donabedian en 1993 estableció las tres dimensiones que integran el modelo que pretende explicar el fenómeno de la calidad en los servicios de salud, es decir, la estructura, el proceso y los resultados. Con base en este esquema es posible abordar el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultados (cambios en el estado de salud, apreciación de la atención recibida), a partir de la cual se puede obtener información acerca de los aspectos de la estructura (comodidad, instalaciones físicas, etc.) y del proceso (acciones realizadas, procedimientos, etc.). La accesibilidad a los servicios es otro de los aspectos medibles a través de la percepción que se tiene del servicio, desde la óptica de ambos actores: cliente/prestador. El análisis de este elemento brinda información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario por obtener atención médica, además de los tiempos de espera, los horarios de servicios, e incluso los costos del mismo, dando una panorámica general de la accesibilidad a las organizaciones que brindan servicios de salud, en cualquiera de sus formas. (Ramírez-Sánchez, 1998)

Las razones expuestas dan la pauta para pensar que un enfoque metodológico plural que combine las técnicas cuantitativas y cualitativas responde a las muchas preguntas de investigación que se formulan, de forma que contribuya a su esclarecimiento teórico, conceptual y práctico. (*Véase Anexo 1 Enfoque Conceptual y metodológico en la Investigación-Acción*)

IV.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Si el consumo de cocaína está socialmente definido, es decir, se da en la interacción del individuo, la droga y la sociedad, y se define como una condición de salud que requiere de atención, entonces se puede establecer que este problema constituye una necesidad de salud.

Para dar respuesta a esta necesidad de salud se requieren de sistemas de salud adecuados que respondan a esta necesidad así como recursos que satisfagan esta demanda. Todo a un costo que la sociedad pueda sufragar.

Por lo anterior y con objeto de lograr una mejor planeación de servicios que se adapten a las necesidades locales de los usuarios de cocaína, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

¿ **Quiénes están utilizando la cocaína, cuál es su historia natural de consumo, así como el conocimiento del riesgo con respecto a los daños para la salud y los efectos que su uso puede ocasionar?**

¿ **Cuál es la percepción de la respuesta brindada por los servicios de salud, desde el punto de vista del usuario de cocaína y del prestador de los servicios?**

IV.3. OBJETIVOS

Objetivo General

Comparar la descripción dinámica de los aspectos técnicos del uso de la cocaína en el tiempo, incluyendo la cesación, los efectos de la droga y sus consecuencias, así como el contexto cultural de uso durante toda la carrera de consumo del individuo (Historia Natural del Consumo de Cocaína), entre usuarios que acuden a tratamiento y aquellos usuarios que no llegan a tratamiento, con el fin de diseñar y orientar a los servicios de salud en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Objetivos específicos

- Definir la historia del consumo y formas de uso de la cocaína.
- Identificar factores asociados al inicio y continuidad del consumo de la cocaína.
- Describir los efectos inmediatos al consumo y las estrategias para lograrlos y mantenerlos.
- Identificar los riesgos para la salud en los usuarios de cocaína.
- Elaborar las diferentes tipologías de los usuarios de cocaína.

- Describir los disparadores, las barreras y la utilización de los servicios de salud entre los consumidores de cocaína.
- Comparar la apreciación sobre la respuesta de los servicios de salud ante el problema del consumo, desde la perspectiva del usuario y del prestador del servicio.

IV.4. TIPOS DE INVESTIGACIÓN Y DISEÑOS DEL ESTUDIO

Para llevar a cabo esta investigación se desarrollaron dos enfoques, uno cuantitativo a través de un diseño observacional de tipo transversal analítico y otro cualitativo por medio de la aplicación de dos técnicas: entrevistas a informantes clave y grupos focales.

IV.4.1. Técnicas cuantitativas: estudio transversal analítico

Con la aplicación del estudio transversal analítico, al ser un diseño descriptivo con propósito analítico, fue posible describir las características sociodemográficas de la población de estudio; reconstruir su historia de consumo, así como la descripción y análisis de los factores, daños y efectos que están relacionados con el consumo de cocaína. Todos, elementos útiles en el proceso de planificación y programación de actividades que apoyen los programas preventivos y asistenciales destinados a los usuarios de ésta droga.

Sin embargo, con la aplicación de este diseño, no se podrán hacer deducciones causales con respecto a los factores de riesgos o daños para la salud relacionados con el consumo de cocaína presentes en épocas anteriores al estudio. (ambigüedad temporal) **(Véase Anexo 2: Diseño Operativo del Estudio)**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Población de estudio

Primero, se integraron tres grupos de estudio pertenecientes a centros de tratamiento, los cuales respondieron a los siguientes criterios de selección:

- Grupo 1:** Individuos mayores de 14 años
En tratamiento por su adicción
cuya droga principal sea la cocaína
- Grupo 2:** Individuos mayores de 14 años
En tratamiento por su adicción
Que usen o hayan usado la cocaína, pero que
al momento actual no sea su droga principal
- Grupo 3:** Individuos mayores de 14 años
En tratamiento por su adicción
Usuarios de otra droga diferente a cocaína o que
no la hayan usado en los últimos 5 años

Después se procedió a la conformación del cuarto grupo, pero su integración se realizó a través de entrevistas a informantes clave y la aplicación de la técnica "bola de nieve". Los criterios de selección de este grupo en particular respondieron a:

- Grupo 4:** Individuos mayores de 14 años
Usuarios de cocaína
No encostrándose bajo tratamiento

Los criterios de exclusión para los cuatro grupos fueron dos características: ser extranjero y no residir los últimos 6 meses en Ciudad Juárez.

Planteamiento conceptual de variables

Dentro de la conceptualización de las variables se tomaron en cuenta aquellas que describen a la población en su perfil sociodemográfico, su historia de consumo desde el inicio, consumo habitual y periodo intensivo, así como aquellas en donde se describen efectos de la cocaína como: la percepción de daños a la salud y daños sociales.

Por otra parte se tomaron en cuenta aquellas variables que reflejan la percepción de la respuesta brindada por los servicios de salud a través de la utilización de los mismos,

con los que hayan hecho contacto los usuarios entrevistados. También se colectó la opinión tanto de los usuarios de cocaína, como de los prestadores de servicios, lo cual se realizó a través de la metodología cualitativa planteada.

En el **Anexo 3**, se presenta el esquema conceptual de las variables que se utilizaron en el estudio. Y ya que estas constituyen la suma de diferentes variables se describe la forma en que se operacionalizaron para la presente investigación:

Tipología: contexto del consumo de cocaína, frecuencia, vía de administración, y consumo de otras drogas.

Percepción de daño: esta se abordó desde la perspectiva de salud:

Salud: dependencia, ataque cardíaco, golpe de calor (*rush*), convulsiones, insuficiencia respiratoria, problemas nasales crónicos, daño pulmonar, daño cardíaco, hepatitis, disfunciones sexuales, enfermedades de transmisión sexual, accidentes y sobredosis.

Utilización de los servicios de salud: la percepción de la respuesta brindada por los servicios de salud, se evaluó a partir de la metodología cualitativa que se detallará posteriormente así como de variables de la fase cuantitativa.

Selección de la población de estudio

Para la conformación de los grupos se realizó un muestreo no probabilístico por cuotas. De acuerdo recomendaciones del comité en realizar 58 entrevistas para cada grupo e incrementando un 30%, con el objeto de asegurar el tamaño requerido y considerando la posible no respuesta, se levantaron un total de 75 entrevistas por cada grupo, en individuos que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión definidos, teniendo al final un total de 300 entrevistas.

Selección de los grupos 1, 2 y 3

Los grupos uno, dos y tres se eligieron de los centros de tratamiento de Ciudad Juárez, mientras que los individuos del cuarto grupo se obtuvieron de la población en comunidad, a través de entrevistas a informantes clave y la técnica de bola de nieve, la cual se describe posteriormente.

El procedimiento para llevar a cabo el levantamiento de las entrevistas que conformaron la muestra total de los grupos 1, 2 y 3 en los centros de tratamiento, fue la siguiente:

1. Se realizó un censo de los centros de tratamiento existentes, así como la localización geográfica de cada uno de ellos en Ciudad Juárez, los cuales conformaron el universo de estudio de donde se obtuvieron las entrevistas de los Grupos 1, 2, y 3. El total de centros que se encontraron fue de 31.
2. Se levanto un registro de la población que demanda tratamiento en cada uno de los 31 centros de tratamiento, y se obtuvo información sobre el total de ingresos en la última semana, nuevos ingresos y el número de usuarios de cocaína y *speed-ball* para calcular la prevalencia de éstos en cada centro. (**Ver Anexo 4, Cuadro 1**)
3. Con la información obtenida en los centros de tratamiento se obtuvo que 431 individuos solicitaron atención en el período de una semana, de ellos 163 fueron nuevos ingresos. De los que demandaron tratamiento 64 fueron por consumo de cocaína y 218 por el uso de *speed-ball* y el resto por el uso de otras drogas.
4. Para asignar el número de individuos a entrevistar en cada centro de tratamiento, se utilizó el método de asignación proporcional, para permitirle a cada centro la posibilidad de participar, así como obtener una selección heterogénea de usuarios. En el **Anexo 4, Cuadro 2**, se presentan los resultados obtenidos de los cálculos del número de individuos que serían entrevistados.
5. Tomando en cuenta los resultados de la prueba piloto, se estimó que el tiempo de levantamiento de cada entrevista y las distancias entre los distintos centros, permitiera realizar dos entrevistas al día por cada entrevistador. Tomando en consideración que se contó con tres entrevistadores y el número de entrevistas requerido, el tiempo de levantamiento fue poco más de diez semanas.
6. Para estimar el número de individuos a entrevistar en cada centro y considerando la posibilidad de realizar las entrevistas en las diez semanas previamente mencionadas se hizo una proyección del número de nuevos ingresos a cada centro para este período, así como del número de usuarios de cocaína que se esperaba ingresar en este lapso.
7. Para conformar el Grupo 1 y 2 (usuarios de cocaína como droga principal y dentro de su patrón de consumo respectivamente), se calculó la fracción de selección a través del número total de entrevistas para cada grupo dividido entre el número total de ingresos de cocaína esperados en las diez semanas estimadas, que da igual a: $75/640 = 0.11719$. Una vez obtenido esta fracción el resultado se multiplicó por el número de

usuarios esperados de cocaína en cada centro, obteniéndose así el número de entrevistas que deberán realizarse en cada centro.

8. Un procedimiento similar se realizó para conformar el Grupo 3, con la diferencia que el cálculo para la fracción de selección de este grupo, se utilizó el total de individuos de nuevo ingreso (usuarios de todo tipo de drogas), obteniéndose así: $75/1630 = 0.04601$. Esta fracción se multiplicó para este caso, por el total de nuevos ingresos esperados en cada centro, conformando así el Grupo 3 (usuarios de otro tipo de drogas).

Selección del grupo 4

Con el fin de asegurar la mejor forma de obtener la selección de usuarios de cocaína en comunidad, se decidió utilizar el *método de bola de nieve o referencia en cadena* como técnica general de muestreo no aleatorio lo que permitió conocer y seleccionar a un amplio grupo de usuarios actuales de cocaína que no se encontraban en ese momento en tratamiento. La estrategia para identificarlos fue a través de entrevistar a informantes clave los cuales marcaron el inicio de la cadena a seguir. La estrategia que se siguió fue la siguiente:

1. En una primera fase se elaboró un listado de todas las zonas geográficas de Ciudad Juárez clasificadas por su consumo de drogas en general y en particular de cocaína, en donde pudieran seleccionarse tanto a los informantes clave, como a los usuarios activos de cocaína. Posteriormente, dentro de cada zona se seleccionaron aquellas colonias donde con mayor frecuencia se reportaba el consumo de cocaína así como aquellos barrios donde se observó un elevado consumo, lográndose identificar los principales sitios donde frecuentaban los usuarios de cocaína. El procedimiento incluyó tanto un bosquejo de tipo etnográfico en las comunidades, -con ayuda de los trabajadores de campo del proyecto-, así como la consulta de informes y registros disponibles en las diversas fuentes oficiales existentes, con lo que se aseguró que el sitio seleccionado fuera el adecuado para este estudio.

Como resultado de lo anterior, se logró ubicar a la zona *Centro* como una de las de mayor consumo de cocaína en Ciudad Juárez. Dentro de la zona se seleccionó la colonia *Bella Vista* como una con más oferta y demanda de cocaína y a su vez en su interior, se seleccionó el barrio *La Palanca*, lugar donde viven y acuden muchos de los consumidores de esta droga.

Para identificar, reclutar y entrevistar al grupo de informantes clave y a los usuarios activos de cocaína de esta zona, se decidió que el *Gimnasio Deportivo del Programa Compañeros*, era el sitio ideal por su ubicación dentro del barrio y por tratarse de un centro comunitario aceptado por los usuarios de drogas ya que en este lugar concurren, fundamentalmente jóvenes y mujeres (algunos de ellos usuarios de drogas) a pláticas y actividades ofrecidas por el Programa Compañeros.

2. Se consideró un informante clave, a aquella persona que conociera a la población de estudio, que estuviera informado acerca del contexto en que tiene lugar el uso de la cocaína y que además deseara participar, interactuando con el entrevistador en dos sentidos: primero, brindando información valiosa y posteriormente, presentando a usuarios activos conocidos para ser entrevistados. Con base en lo anterior, se dividió a los informantes clave en dos grupos:
 - a. *Informantes clave intermediarios*: aquellos que por su actividad personal o laboral tuvieran acceso a segmentos específicos de la población y amplia red de contactos y que brindaran únicamente información referente a la oferta y demanda de la cocaína, y los problemas asociados a su uso. Este grupo quedó integrado en la comunidad por el líder comunitario, policía o agente, trabajador social y otros y en los centros de servicio de salud por médicos u otros profesionales de instituciones de salud y justicia
 - b. *Informantes clave usuarios o exusuarios de cocaína*: aquellos con conocimientos directos y experiencias en el uso de la droga y que además brindarán información valiosa sobre el consumo de la cocaína, pudieran presentar personalmente a otros usuarios activos de esta droga en la comunidad y dispuestos a participar. Este grupo quedó integrado por: usuarios y exusuarios de drogas.
3. La técnica general de muestreo no aleatorio propuesta, se centró en reclutar a partir de los informantes clave a los usuarios activos de cocaína (Grupo 4) que cumplieran con los criterios de inclusión definidos. Con la ayuda de los trabajadores de campo, entrevistadores y supervisores del proyecto, se hizo contacto con los primeros informantes clave (nivel cero de la cadena) a quienes se entrevisto siguiendo un formato de entrevista semiestructurada la cual incluyó los siguientes *items*: (**Véase Anexo 5**)
 - a. Datos del informante: nombre, edad, sexo, tiempo de vivir en Ciudad Juárez, lugar de residencia, escolaridad, estado civil y ocupación.



- b. Patrones de consumo de la cocaína: quienes la usan, cual es su sexo, características de estos usuarios, formas de uso de la cocaína, combinación con otras drogas.
 - c. Datos acerca de la oferta de la cocaína: derivados, drogas más usadas en el barrio, formas de presentación, disponibilidad, accesibilidad, lugares de consumo, calidad de la coca circulante, costos, vendedores ilegales.
 - d. Problemas asociados por el uso: enfermedades, demanda de atención en urgencias y hospitales, incremento en delitos, prostitución, etc.
 - e. Uso de servicios de salud: asistencia a los servicios de salud, motivos, calidad y trato hacia estas personas, tipo de centros de atención, opinión sobre otros lugares de atención.
4. Una vez hecho el contacto con el informantes clave y presentado al entrevistador se procedió a realizar la entrevista semi-estructurada la cual siguió el formato establecido (**Anexo 5**) además de ser grabada. El tiempo estimado para su realización fue aproximadamente de 25-35 minutos (usuarios activos de cocaína o exusuarios). Concluida la entrevista inicial, se les preguntó si conocían a *usuarios actuales de cocaína*, que al momento de la entrevista no se estuvieran en tratamiento, de más de 14 años, con residencia de más de seis meses en Ciudad Juárez y que nos presentaran a tres de estos para entrevistarlos.
5. Cuando el informante clave nos condujo al primer usuario activo de cocaína, se inicio el procedimiento del método "bola de nieve", el cual consistió en solicitar, -por parte del entrevistador a cada nuevo entrevistado-, nos presentara a un nuevo usuario de cocaína, para ser entrevistado y así sucesivamente hasta obtener un total de 75 usuarios actuales de cocaína en la comunidad y conformar el grupo 4 (usuarios de cocaína que al momento de la entrevista no se encontraran en tratamiento). Para facilitar el seguimiento de la cadena, se les diseño un formato en donde el entrevistador podía ir siguiendo la secuencia de la cadena con cada contacto, partiendo del informante clave. (**Anexo 6**)
6. Se consideró rota la referencia en cadena o "bola de nieve", cuando uno de los usuarios activos de cocaína no pudo identificar a nuevo usuario para ser entrevistado. En este caso, se daba inicio a otra cadena, con el contacto previo de un nuevo informante clave.

7. El éxito del proyecto dependió en mucho de la habilidad de los entrevistadores para obtener reportes válidos de un amplio grupo de personas a entrevistar en esta fase de la investigación. Por ello, fue necesario capacitar a los entrevistadores para realizar la entrevista semi-estructurada en un contexto de indagación exhaustiva de los puntos considerados, además de capacitarlos en poder interpretar con precisión lo expuesto por el entrevistado y que pudieran registrar el contenido de dichas entrevistas, así como, la grabación de las mismas, al tiempo de establecer la familiaridad requerida tanto con los informantes clave como con los usuarios activos de cocaína.
8. Para realizar esta fase del estudio, se tomó en cuenta: a) selección y definición de los límites geográficos donde tendría lugar el trabajo de campo; b) identificación y reclutamiento de los informantes clave; c) aplicación del método de bola de nieve; d) definición de los aspectos éticos y puesta en práctica de los procedimientos de la entrevista a los informantes clave y a los usuarios activos de cocaína

Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de los datos cuantitativos, se utilizó la estrategia de entrevista cara a cara en usuarios de drogas que en el momento del estudio se encontraban recibiendo algún tipo de atención en los centros de tratamiento previamente identificados.

Para el levantamiento de la información se utilizaron tres cuestionarios: El primero denominado de *tamizaje*, mediante el cual se obtuvo información básica del entrevistado y se verificó que los usuarios de drogas cumplieran con los requisitos para participar en el estudio. El segundo, identificado como *cuestionario de historia de consumo versión A*, que se aplicó a los usuarios de cocaína y el tercero, *el cuestionario de historia de consumo versión B*; para aquellos que no usan cocaína dentro de su patrón de consumo de drogas. (al menos durante los últimos cinco años)

Por las características del estudio y el diseño de los instrumentos de recolección, se decidió que la entrevista fuera grabada en su totalidad, garantizando con ello una alta calidad de los datos sobre todo en lo que se refiere a las preguntas abiertas que contienen los cuestionarios. Experiencias anteriores nos permitieron sugerir esta estrategia, ya que prácticamente no hay rechazo para la grabación.

Los instrumentos de recolección se conformaron de las siguientes secciones:

Perfil sociodemográfico: edad, sexo, migración, ocupación, escolaridad, estado civil, religión, lugar de nacimiento, tiempo de residencia en Ciudad Juárez.

Historia del uso de drogas: historia del consumo de drogas, desde la primera con que inició, incluyendo el tabaco y el alcohol, edad de inicio de cada droga usada, uso en los últimos 6 meses y 30 días, vía de administración, problemas por el consumo de drogas, droga más usada en su vida, derivado de cocaína que más utiliza y vía de administración preferida.

Historia del consumo de cocaína: se definió como la descripción dinámica de los aspectos operativos y cuantitativos del uso de la cocaína en el tiempo (incluyendo cesación) y se midió de acuerdo a cuatro puntos en el tiempo.

Inicio: edad de inicio, lugar donde la uso por primera vez, círculo social de iniciación, actividades al momento del consumo, forma de adquisición, motivo para el consumo, presión para el consumo, vía de administración, conocimiento previo de la cocaína, efectos y sensaciones de la primera experiencia.

Evolución del uso de la cocaína: edad en que la empieza a usarla habitualmente, periodos de mayor uso y edad, duración del periodo de mayor consumo.

Periodo Inicial: periodo después que empezó a usarla por primera vez hasta que la empezó a usar habitualmente. En esta etapa se consideró la frecuencia, lugar de consumo, círculo social o el uso a solas, actividades y razones para usarla.

Periodo Intensivo: círculo social, lugar de consumo, actividades durante el consumo, diferencias entre usarla y no, motivos para incrementar el uso, motivo para la reducción de ese consumo, frecuencia, cantidad, vía de administración.

Uso en el último mes y Uso Habitual: fecha en que la usó por última vez, círculo social de consumo, uso a solas, lugar de consumo, actividades, diferencia entre usarla y no, frecuencia de consumo, cantidad de consumo, vía de administración, motivo de consumo, períodos de abstinencia (presencia y duración), motivo de la abstinencia y motivo de recaída.

Efectos inmediatos por el uso de la droga y estrategias usadas para conseguirlo: efectos positivos, duración, uso de otras drogas, efectos negativos, uso de otras drogas, adulteración de la droga.

Uso de drogas inyectadas: edad de la primera vez que se inyectó, limpieza y si compartía jeringas y con quién.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dependencia: se incluyeron las variables para calificar los síntomas descritos en el CIE-10 y DSM-IV para considerar dependencia y severidad. (OPS, 1995; Asociación Psiquiátrica, 1996)

Evaluación de efectos a la salud: se consideraron las variables que permitieron evaluar sobre la presencia de algunos síntomas y signos específicos por el uso de drogas en diferentes aparatos y sistemas así como la presencia de accidentes y sobredosis.

Accesibilidad y Disponibilidad: en esta sección se contempló la manera en que el usuario obtenía la droga, los medios y el gasto promedio para su consumo.

Conocimiento y uso de los servicios de salud: en esta sección se preguntó sobre el uso que han hecho de los servicios de salud tales como: urgencias, hospitalización, en cárcel y en centros especializados para tratamiento de drogas tanto de organismos no gubernamentales como gubernamentales. Incluyó el tipo de lugar, motivo para demandar el servicio, tiempo de espera, tiempo de traslado, tipo de atención, percepción de la calidad brindada por los prestadores del servicio, instalaciones, costo, y si estaba dispuesto a regresar a ese mismo servicio.

Sección para personas que nunca habían solicitado tratamiento: en esta sección se incluyeron a todos aquellos usuarios entrevistados, que no habían solicitado tratamiento en servicios especializados y la percepción que tenían de éstos, así como el motivo para no solicitar ayuda.

La aplicación de los cuestionarios se hizo de acuerdo al tipo de individuo según el grupo de estudio, el cual estuvo precedido de un proceso de capacitación, tanto a los entrevistadores como a los supervisores y el pilotaje previo de los instrumentos.

El equipo de trabajo se conformó del investigador principal, tres entrevistadores y dos supervisores que fueron capacitados para llevar a cabo las entrevistas y la estricta revisión de los cuestionarios y sus grabaciones a fin de lograr una alta calidad de los datos obtenidos.

Procedimiento para realizar las entrevistas en los centros de tratamiento

1. De los centros identificados se procedió a seleccionar de acuerdo con su ubicación geográfica, la ruta que se asignó a cada uno de los entrevistadores.

2. Se les asignó a cada entrevistador un listado con el centro de tratamiento que le correspondía, así como el tamaño de muestra requerido en cada centro.
3. Se dio a cada entrevistador su material correspondiente: cuestionarios de tamizaje, cuestionarios de historia de consumo A (para Grupo 1 y 2), cuestionarios de historia de consumo B (Grupo 3), grabadora, plumas y cassettes.
4. El supervisor aseguraba con el responsable de cada centro de tratamiento, que se permitiera el acceso a los entrevistadores y las facilidades para la entrevista. La experiencia de los resultados de la prueba piloto, permitió considerar esto, 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 p.m. hay servicios religiosos y los internos de estos centros participan en ellos. En la Clínica de Metadona las entrevistas se tuvieron que realizar por la mañana entre las 8 y 10 a.m., y así ocurrían aspectos especiales que se tomaron en cuenta en cada centro.
5. Una vez en el centro, se solicitaba la participación de los usuarios, correspondiendo el número a la muestra asignada a ese lugar. Se les informaba sobre el propósito de la entrevista y la duración aproximada de las mismas.
6. El primer paso era la entrevista de tamizaje, para identificar si el usuario consumía cocaína, como droga principal o dentro de su patrón de consumo, y en caso de ser así, se procedía al *cuestionario de historia de consumo versión A*. En caso de que el entrevistado no consumiera cocaína, entonces se aplicaba el *cuestionario de historia de consumo versión B*.
7. Una vez que concluidas las entrevistas, se revisaban los cuestionarios y junto con el cassette, se entregaban al supervisor.
8. La fase de supervisión consistió en hacer una relación diaria del material entregado y revisar cada cuestionario junto con su grabación de tal manera que, algunas respuestas que no hubieran quedado claras se rescataran al momento a más tardar al día siguiente del levantamiento de la entrevista. De esta forma, el supervisor tenía la posibilidad de rescatar información muy valiosa e incrementar la calidad y confiabilidad de los datos obtenidos o bien solicitar a los entrevistadores que regresen a los centros de tratamiento a recuperar la información que hubiera quedado poco clara o precisa.

9. Cada fin de semana se hacía un concentrado de los cuestionarios obtenidos incluyendo folio, nombre o apodo, edad, sexo y fecha de la entrevista.
10. Esta información se entregaba al investigador principal del proyecto, quien la integraba a la base de datos que conformó el Sistema de Registro del Levantamiento de los Cuestionarios.
11. Una vez que terminada la revisión de todos los cuestionarios levantados en Ciudad Juárez, estos se trasladaron a la Ciudad de México, en donde se realizó la crítica de los cuestionarios, la cual consistió en revisar minuciosamente los datos y corregirlos cuando fuera necesario, de acuerdo a las normas establecidas:
 - Introducir el menor número de cambios en los datos originalmente registrados y apoyarse siempre en las grabaciones de la entrevista.
 - Eliminar las anotaciones inconsistentes, por ejemplo, la edad del entrevistado, la cual debía corresponder a la fecha de nacimiento.
12. Una vez concluido este proceso, los cuestionarios eran codificados y capturados, para finalmente proceder al análisis e interpretación de los resultados.

Procedimiento para realizar las entrevistas en la comunidad

1. Una vez que el informante clave presentaba al usuario de cocaína, se le informaba sobre el propósito de la entrevista, la duración aproximada de ésta y la solicitud para grabarla; en caso de aceptar su participación se daba inicio a la misma.
2. El primer cuestionario que se les aplicaba era el de *tamizaje*, para verificar su tiempo de residencia, su participación en el estudio y su consumo de cocaína en caso de cumplir con todo lo anterior, se procedía a la aplicación del *cuestionario de historia de consumo versión A*. Una vez que concluidas las entrevistas, se revisaban los cuestionarios y junto con el cassette, se entregaban al supervisor.
3. La fase de revisión y supervisión se realizaba de manera inmediata por el supervisor ya que por las características de estos usuarios era difícil contactarlos, por lo que se les solicitó a los entrevistadores tener especial cuidado en la conducción y llenado de estas entrevistas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

4. Una vez concluida la revisión, los cuestionarios siguieron el mismo proceso que el descrito para los levantados en centros de tratamiento.

IV.4.2. Técnicas cualitativas: grupos focales

Con la finalidad de responder a la pregunta de investigación: ¿Cuál es la percepción de la respuesta brindada por los servicios de salud, desde el punto de vista del usuario de cocaína y del prestador de los servicios?, y con el fin de identificar y describir los disparadores, las barreras y la utilización de los servicios de salud entre los consumidores de cocaína, se propuso utilizar la técnica de grupos focales.

Los temas principales a abordar fueron:

- Percepción general sobre los servicios de salud para la atención del usuario de cocaína.
- Tipos de servicios prestados, lugares donde se da el servicio y formas de uso.
- Estructura y organización de los servicios. (recursos humanos, materiales y financieros)
- Calidad de los servicios.
- Accesibilidad a los servicios en términos de costo y tiempo.
- Cobertura de los servicios
- Gestión tecnológica de los servicios.

Verificación del método

La técnica cualitativa adecuada para abordar los temas mencionados fueron los grupos focales, que representan una forma rápida, fácil, oportuna, flexible y práctica de ponerse en contacto con la población que se desea investigar, ya que promueve la interacción entre los participantes, fomentando generalmente respuestas más ricas y que aportan ideas nuevas, originales y más cercanas a la realidad de la población de interés.

El estilo del grupo focal, se refiere al método de moderación que se siguió y dentro de ello se incluyó la técnica de interrogatorio, que podía ser con dirección o no y el flujo del debate, que podía ser estructurado o no estructurado.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Técnica de Interrogatorio

	Con Dirección	Sin Dirección
Estructurado	Cuestionario de grupo Preguntas dirigidas y limitadas. Guía estructurada	Discusión de grupo Preguntas abiertas y libres Guía estructurada
<i>Flujo del debate</i> No estructurado	“Desastre” Preguntas dirigidas y limitadas. Guía no estructurada	Conversación Preguntas abiertas libres Guía No estructurada

Con base en el cuadro anterior, se consideró que el estilo del grupo focal más conveniente fuera el de “discusión de grupo” ya que el moderador trabaja a partir de una guía de temas preparada con el fin de abordar los asuntos y áreas descritas previamente.

Definición de los participantes

Se propuso la integración de dos tipos de grupos focales, el primero con usuarios de cocaína y el segundo con prestadores de servicios salud.

Dentro de los usuarios de cocaína, se conformaron tres grupos:

Grupo 1: Individuos varones.

En tratamiento.

Entre los 14 y 20 años de edad.

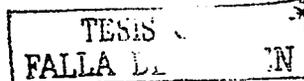
Grupo 2: Individuos varones.

En tratamiento.

Entre los 25 y 30 años de edad.

Grupo 3: Mujeres, entre los 20 y 25 años de edad.

En la comunidad (no en centro de tratamiento)



Dentro de los prestadores de servicios, se conformaron dos grupos:

Grupo 4: Personal de los centros de tratamiento que realicen Intervención, por lo menos con un año de experiencia laboral.

Grupo 5: Personal médico que labore los Servicio de Salud en Ciudad Juárez. (IMSS, ISSSTE, Servicios Médicos Municipales, Hospital General de la SSA y Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua)

Se realizó un cuestionario de selección, en el que se solicitaron los datos necesarios para comprobar que cada integrante de los grupos focales, cumpliera con los criterios de selección arriba mencionados.

Selección del moderador y el resto del equipo

El equipo se conformó por un moderador, que fue uno de los investigadores del proyecto.

Un moderador auxiliar cuya función era anotar los aspectos que consideró relevantes dentro de la sesión, así como sus impresiones sobre la actitud de los participantes y de la dinámica en general.

Un observador que apoyó en la logística de las sesiones de los grupos focales.

Los participantes fueron entre 6 y 8 por cada grupo, tanto para los usuarios como para los prestadores de servicios de salud.

Selección del lugar del grupo de estudio

El lugar en el que se llevó a cabo las reuniones con los usuarios fueron las instalaciones del Programa Compañeros. Dicho lugar presentaba las condiciones adecuadas de espacio y comodidad requeridas para las reuniones.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Guías de los temas

Se diseñaron dos guías temáticas, una para los usuarios de cocaína y otra para los prestadores de Servicios. (**Anexo 7**) en donde se consideraron los siguientes temas: Percepción sobre la calidad de la atención y atención brindada en los centros de tratamiento (estructura, proceso y resultados); percepción sobre la accesibilidad y de servicio brindado a los centros de tratamiento; utilización de los servicios y del servicio brindado en los centros de tratamiento; gestión tecnológica; percepción sobre la calidad de la atención en los servicios de salud (estructura, proceso y resultados); percepción sobre la accesibilidad a los servicios de salud; utilización de los servicios de salud y gestión tecnológica de los servicios de salud.

Una vez concluida la sesión, se realizaron reuniones conjuntas del investigador principal, el moderador, el moderador auxiliar y el observador para recapitular y esclarecer puntos y cristalizar lo dicho.

IV.5. PLAN DE ANÁLISIS

IV.5.1 Codificación y captura

Dado que el cuestionario consideraba tanto preguntas cerradas como abiertas, fue necesario contar con un buen proceso de codificación, esto es, asignar claves numéricas a las distintas respuestas contenidas en los cuestionarios. Para las preguntas abiertas, se utilizaron catálogos con claves numéricas, algunos previamente diseñados como el de ciudades, estados y país, en tanto para otros más fue necesario conformarlos con la información existente.

La elaboración de estos catálogos se hizo después de la prueba piloto y fue complementándose conforme avanzó la investigación, esto mediante una minuciosa revisión de los supervisores del estudio. Sobre esta base se estableció un sistema de codificación con los catálogos correspondientes.

Para la captura de la información se desarrolló un programa inteligente de captura el cual permite un control de la validación de los rangos asignados en las variables del cuestionario; por ejemplo, para la variable sexo, que tiene como opciones de respuesta

los códigos 1 para varones y 2 para mujeres, el programa sólo permite la entrada de estos valores, es decir, si el capturista por error escribe el número 3, automáticamente el programa invalidaría el dato. Asimismo, el programa también controló los países que hay en el cuestionario, con lo que nuevamente se controló y verificó al mismo tiempo la información obtenida, por lo que al ser capturada ésta se graba en forma adecuada y con ello se reducían los errores en este proceso.

IV.5.2. Análisis descriptivo

- A) Se realizó un análisis descriptivo de toda la información obtenida, asentándose los resultados para cada una de las secciones del cuestionario: sociodemográfica, antecedentes personales, historia del uso, estrategias y efectos, percepción de riesgo y consecuencias del uso, demanda y atención de servicios de salud y accesibilidad y disponibilidad de la cocaína.
- B) Se describió la información de acuerdo a cada grupo seleccionado para el estudio. En ambos casos (usuarios y no usuarios de cocaína), la información se presenta en cuadros y gráficas correspondientes.

IV.5.3. Comparación de grupos buscando diferencias significativas

- A) Se buscaron diferencias para cada una de las variables seleccionadas o de interés en cada grupo participante en el estudio, comparándolo contra el resto del total de la muestra seleccionada con el propósito de asegurar la consistencia en la definición de los grupos.
- B) Se buscaron diferencias para cada variable de interés entre los grupos de estudio con el objeto de asegurar la heterogeneidad de los grupos.

IV.5.4. Construcción de la historia natural del consumo de cocaína

Los 225 individuos entrevistados se distribuyeron en tres grupos: 1) usuarios de cocaína como droga principal y que al momento del estudio estuvieran en tratamiento; 2) usuarios de cocaína dentro de su patrón de consumo y que estuvieran en tratamiento y 3) usuarios de cocaína pero no se encontraran en tratamiento al momento del estudio. La información incluyó tres tipos de información: 1) perfil sociodemográfico: edad, sexo,

escolaridad, estado civil, ocupación y religión; 2) información retrospectiva del uso de cualquier tipo de droga; y 3) evolución del consumo de cocaína, donde se incluyeron variables sobre el inicio, forma de consumo, contexto social en que se dio el consumo; criterios de dependencia según el DSM-IVR (Asociación Psiquiátrica, 1996), tiempo de exposición y problemas asociados al consumo. Cada grupo quedó constituido por 75 usuarios de cocaína.

Los primeros dos grupos se entrevistaron directamente en los 17 centros de tratamiento que se encontraban funcionando al momento del estudio. El tercer grupo –usuarios de cocaína que no estaban en tratamiento– se seleccionó utilizando el método de "bola de nieve" o *referencia en cadena*, como técnica general de muestreo no aleatorio. (World Health Organization., 1996) En un primer momento se elaboró un listado de todas las zonas geográficas de Ciudad Juárez clasificadas como de alto riesgo para el consumo de la cocaína, se identificaron los barrios de mayor consumo y en éstos a los informantes clave (policías, exusuarios, líderes de la comunidad, etc.) para dar inicio a la búsqueda de participantes. Cada primer nueva entrevista marcaba el inicio de una cadena; a este individuo respetando su anonimato se le pedía que mencionara a las personas usuarias de cocaína que él conociera y cumplieran los criterios de inclusión del estudio. De éstos se seleccionaba uno o dos de ellos y se le pedía al entrevistado que los pusiera en contacto para proceder a la entrevista, este proceso se continuaba hasta que la cadena se interrumpía. La muestra total de los 75 sujetos de este grupo se realizó a través de tres cadenas.

El análisis estadístico se hizo utilizando el paquete SPSS v10 para Windows. La primera fase incluye la descripción del perfil sociodemográfico y el consumo de drogas de los 225 usuarios de cocaína que conformaron la población de estudio. La historia natural del consumo de la cocaína se construyó a partir de las variables que describen el uso de drogas por primera vez, la incorporación de la cocaína a su patrón de consumo, la edad de inicio, vía de administración y contexto social del primer consumo y tipo de problemas asociados. Se exploraron diferentes patrones de uso, dividiendo la muestra de acuerdo a la frecuencia del uso de cocaína con que estos usuarios inician su carrera, formando tres grupos: leve (uso mensual u ocasional de cocaína), moderado (uso semanal de cocaína) y severo (uso diario o al menos 5 o 6 días por semana). Para analizar la significancia de las diferencias que pudieran encontrarse entre ellos, se utilizaron las siguientes pruebas estadísticas según tipo de variables: la χ^2 ; la prueba de Kolmogorov-Smirnov y la ANOVA.

IV.5.5. Construcción de las tipologías del consumo de cocaína

Para construir las diferentes tipologías que caractericen el tipo de usuarios de cocaína, se utilizó el análisis de *cluster* o conglomerados o taxonomía numérica, el cual se define como una técnica, que tienen como principal objetivo la clasificación o reconocimiento de patrones o formas. Está orientado hacia la síntesis de la información aportada por los elementos muestrales con vistas a establecer una clasificación entre ellos en función de su mayor o menor homogeneidad. (Affif, 1990; Dillon, 1984; Helmuth, 1980;)

El procedimiento utilizado fue el siguiente:

1. Se identificaron las variables que caracterizan el consumo de la cocaína, estas variables se tomaron basándose en estudios previos sobre el tema, así como el criterio del investigador. (Díaz A, 1992; Bieleman B, 1993)
2. Se elaboró un archivo de trabajo en donde se conjuntaron las variables para el análisis de conglomerados del uso habitual de la cocaína, las cuales se clasificaron según su patrón de consumo habitual: frecuencia del consumo de cocaína, vía de administración y derivado de la cocaína que utiliza preferentemente, así como variables del contexto, entre las que se seleccionaron: con quién la usa, en dónde la usa y motivos del consumo habitual.
3. Exploración y recodificación de las variables, mediante el análisis de frecuencias simples.
4. Análisis descriptivo de las variables seleccionadas para identificar homogeneidad y heterogeneidad al interior de las mismas.
5. Realización del procedimiento del análisis de conglomerados a través del método Jerárquico, utilizando el método de conglomeración de Ward con el paquete estadístico SPSS v.10.0.
6. Se eligieron a priori cinco, cuatro, tres y dos conglomerados.
7. En función del dendograma y utilizando la distancia euclidiana al cuadrado se agruparon a los individuos de acuerdo a máxima homogeneidad interna y máxima heterogeneidad entre los distintos conglomerados mencionados. (Affif, 1990; Dillon, 1984; Helmuth, 1980; Aldenderfer, 1984)
8. La identificación de los conglomerados permitió contar con las tipologías del perfil de los usuarios, para posteriormente caracterizarlos de acuerdo a variables

sociodemográficas, inicio del consumo de este tipo de droga, problemas de salud, dependencia y severidad y utilización de los servicios de salud.

IV.5.6. Disparadores, barreras y utilización de los servicios de salud entre los consumidores de cocaína.

Los problemas de salud se ubican como los disparadores más frecuentemente reportados para la utilización de los servicios de salud y constituyen la *oportunidad* que se tiene a través de los servicios para atender tanto sus demandas de salud como su problema de drogas.

Una vez identificados los problemas de salud, se procedió a analizar la información a través de diferentes aspectos:

- a) *Conocimiento y uso de los servicios* a través de la descripción del número de veces que ha estado hospitalizado, en urgencias o en tratamiento especializado; si fueron en Ciudad Juárez; el tipo de servicios al que acuden, es decir públicos, privados u organismos no gubernamentales; condición en la cual se dio el ingreso -si fue bajo la influencia de drogas-; motivo de la atención.
- b) *Tipo de tratamiento y referencia*: procedimientos quirúrgicos; exámenes de laboratorio; referencia a otro lugar para continuar su atención tanto en servicios de urgencia como de hospital.
- c) *Caracterización del tratamiento especializado*: tipo del centro de tratamiento, es decir si es religioso, organismos no gubernamentales o gubernamentales; motivo por el que acudió al centro; tratamiento que recibió y su meta para ese tratamiento.
- d) *Niveles de satisfacción*: intención de solicitar de nuevo el servicio de salud demandado y recomendación a otras personas en servicios de urgencias, hospital y centros de tratamiento especializado.
- e) *Niveles de percepción*: descripción de cómo perciben el lugar de atención y trato que recibió por parte de los prestadores del servicio en urgencias, hospital y centros de tratamiento especializado.
- f) *Barreras de acceso*: a través de como consideran el lugar de atención en función de su cercanía o alejamiento y con ello el no acudir a estos así como el tiempo que tardan en llegar tanto a urgencias como a hospital.

- g) *Barreiras de servicio*: entre estas se considero el tiempo de espera para que lo atendieran y costo de la atención.

Todas estas variables se analizaron a través de la descripción de sus frecuencias para cada uno de los servicios así como las diferencias por edad y sexo analizando su significancia estadística por medio de X^2 . Cabe señalar que para la edad se realizaron tres grupos en función de permitir la comparabilidad con otros estudios.

IV.5.7. Análisis e interpretación de los datos cualitativos

En el caso de los datos recolectados a través de las entrevistas a informantes clave y la discusión con los grupos focales, al ser palabras, frases o datos observables, su procesamiento y análisis difirió del tratamiento que se le da a los datos cuantitativos, por lo que dicho análisis debía responder a las características impuestas por la naturaleza cualitativa de esta información.

El análisis de los datos cualitativos es un proceso continuo y cíclico, pues tanto la recolección como el mismo análisis van de la mano. La mayor parte de las ocasiones, el análisis de este tipo se basa en las grabaciones de las entrevistas o de las discusiones realizadas, en las notas de campo después de las entrevistas o de las sesiones de los grupos focales, o por medio de las transcripciones hechas después de recolectar los datos. No existe una receta para hacer el análisis de los datos cualitativos, se sostiene que cada investigador desarrolla sus propias estrategias de análisis; sin embargo, se toman en cuenta pasos generales que ayudan y orientan en el desarrollo de un buen análisis.

Entre las recomendaciones de todo análisis cualitativo se señala: revisar y leer los textos transcritos en repetidas ocasiones hasta llegar a conocerlos de manera detallada para poder analizarlos; seguir la pista de temas o subtemas que se identifiquen, y dar seguimiento a intuiciones, interpretaciones e ideas con el objetivo de que se empleen con posterioridad; identificación de temas emergentes y de mayor peso; elaboración de listados sensibles de los aspectos tratados, con la intención de elaborar categorías y clasificar temas, palabras y definiciones, de tal forma que permitan el desarrollo de conceptos y proposiciones teóricas. Por último, se pasa a la descripción detallada de lo encontrado y a su interpretación cuidadosa, sin perder de vista el constante refinamiento de cada paso en el análisis de dicha información.

El procedimiento general de este tipo de análisis se sustenta en un tipo de análisis en particular denominado análisis de contenido. En lo fundamental, el análisis de contenido

ofrece la posibilidad de estudiar la naturaleza del discurso, usando como datos las palabras y frases que en él se transmiten.

Para el desarrollo del análisis de contenido se han tomado en cuenta varias etapas:

1. Precisar el objetivo que se persigue.
2. Definir el universo objeto de estudio.
3. Determinar las unidades de análisis y relacionarlas con las hipótesis planteadas;
4. Determinar las categorías o tópicos significativos.
5. Elaborar una guía objetiva que relacione los datos obtenidos con las respuestas interpretativas.
6. Cuantificar y expresar cada una de las categorías.
7. Proceder a la interpretación de los datos obtenidos, para finalmente poder llegar a establecer algunas conclusiones.

IV.5.8. Secuencia del análisis e interpretación de los datos

Descripción e interpretación del proceso de recolección de datos en campo

En una primera parte se describe lo relacionado con la identificación, selección y contacto con informantes clave, así como el perfil sociodemográfico de éstos, y las características de los entrevistadores. Finalmente se describe el proceso de desarrollo de las entrevistas.

Proceso de transcripción de las grabaciones. A través de las transcripciones de las entrevistas se conformó el índice o registro temático de acuerdo a las áreas exploradas en la entrevista, señalando su identificación, la ubicación en el texto y la página.

Lectura cuidadosa de la información recolectada. Terminado el proceso de transcripción y habiendo identificado los registros temáticos, se inició el proceso de "relectura" de las entrevistas hasta alcanzar la total familiaridad con el texto.

Proceso general de análisis. El análisis continúa poniendo en práctica las tareas y operaciones de:

- a. Reducción de datos: este es el momento en que se procede a separar las unidades de acuerdo con los criterios temáticos, para ellos se están identificando las unidades de registro y de enumeración.
- b. Categorización y Codificación: en este punto se hace la clasificación conceptual de las unidades de registro dentro de un mismo tópico (categorías), y se marcan las unidades de registro dentro de la categoría, señalando si el código es descriptivo o interpretativo (codificación).
- c. Síntesis y agrupamiento: se refiere al agrupamiento físico de unidades de registro que pertenecen a una misma categoría, una vez completado los pasos anteriores.
- d. Disposición y transformación de datos: una vez agrupados, se procede al ordenamiento de los datos de acuerdo a tópicos, categorías y unidades, usando un diagrama creado para tal efecto. Concluida esta parte se hace la transformación de los datos, es decir, al cambio en el lenguaje utilizado en los términos de la investigación.
- e. Obtención y verificación de conclusiones: en esta última etapa se describen los resultados obtenidos y se redactan las conclusiones.

IV.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación actual concilia dos posiciones. Por un lado, debe existir conciencia de avanzar en la búsqueda de nuevos conocimientos para ponerlo al servicio de la humanidad, pero al mismo tiempo, la investigación debe defender a ese hombre que no es un objeto de investigación *per se*, sino el fin y el sentido de la misma.

La investigación en consumo de drogas busca acercarse al conocimiento y comprensión de factores asociados al uso, así como a mejorar los métodos de diagnóstico precoz de sus consecuencias, intervención del problema en un nivel individual y colectivo y rehabilitación y reinserción social de la población afectada. En este sentido, la investigación estará contribuyendo al bienestar de la humanidad, pero si no se circunscribe a criterios éticos claros puede entonces causar dolor innecesario. De esta forma, la ciencia y la investigación deben estar siempre guiadas por la ética, de no ser así,

puede convertirse en un fin en aras por el cual se sacrifican legítimos derechos humanos y al hombre mismo.

En consecuencia, es necesario tomar en cuenta las cuestiones e interrogantes éticas que puedan surgir, razón por lo cual se enuncian a continuación los siguientes principios que deben satisfacer los requerimientos éticos adecuados para la presente tesis.

Cumplimiento de los principios ético básicos

1. *Respeto por la autonomía* El respeto por la autonomía involucra dos elementos: que los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y que las personas con autonomía disminuida tengan derecho a protección. En la presente investigación los sujetos que participen en el estudio lo harán con pleno conocimiento de lo que implica el proyecto, de las posibles consecuencias y de la posibilidad de decidir o incluso retirarse de la investigación una vez iniciada.
2. *Beneficencia* El tratamiento ético de las personas no sólo implica respetar sus decisiones y protegerlas del daño sino también procurar su bienestar. Esto implica que los individuos investigados deberán esperar algún beneficio del estudio, y las posibilidades de daños deberán ser menores que los potenciales beneficios que puedan recibir. Al respecto, este estudio está obligado a plantear por anticipado a todos los participantes la forma en que se incrementarán al máximo los beneficios y de reducir al mínimo los riesgos que pudieran ocurrir en la investigación.
3. *Justicia* Todos los seres humanos son iguales en dignidad y, por ende, deberán ser tratados de forma justa. Por lo que se deberá ofrecer información o servicio de forma equitativa a todas las personas, sin distinguir sexo, raza o clase social. En la presente investigación es obligatorio reconocer a todas las personas que participan en el estudio como iguales y brindar igual oportunidad y opciones de tratamiento de forma equitativa.
4. *Salvaguarda del secreto profesional* El secreto profesional es la obligación ética que tiene el personal de salud de no divulgar ni permitir que se conozca la información que directa o indirectamente se obtenga durante el ejercicio profesional, sobre el estado de salud del individuo, incluso después de la muerte de la persona. La presente investigación establece que toda la información recolectada durante el proyecto será tratada de forma confidencial y sólo tendrán acceso a ella los investigadores

participantes en el estudio y se reserve toda información relacionada con los objetivos del estudio y la identidad de los participantes.

5. *Consentimiento informado* Es el acuerdo mediante el cual el sujeto de investigación o, en su defecto, su representante legal, autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos, beneficios y riesgos a lo que se someterá, con la capacidad de elección sin coacción alguna. La presente investigación cuidará que la información que se entregue a los participantes deberá ser clara, concisa, suficiente y en lenguaje comprensible por el individuo; detallará los objetivos y la justificación de la investigación, así como los procedimientos a utilizar, los riesgos esperados y el ofrecimiento de la oportunidad de hacer preguntas y de retirarse de la investigación en el momento que considere oportuno, y sólo considerará válido el consentimiento de participar en la investigación si es dado voluntariamente por parte de los individuos estudiados. **(Véase Anexo 8)**
6. *Resultados de la investigación* Los principios éticos de la investigación abarcan todos los aspectos de la misma. Desde el planteamiento del problema, el diseño y la recolección de datos, hasta la publicación de los resultados. En relación con los resultados, la presente investigación deberá tener en cuenta que éstos deberán estar ceñidos a la verdad, tanto con la metodología como con los resultados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. RESULTADOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V. RESULTADOS

En la primera parte se describe el perfil sociodemográfico de cada grupo del estudio. Posteriormente se presentan los resultados obtenidos del análisis de la información conforme a los objetivos planteados, y se describen los hallazgos más relevantes del estudio

V.1 DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ESTUDIO

Características de los lugares del estudio

Las personas que se incluyeron en el estudio, fueron: individuos que al momento del estudio se encontraban en centros de tratamiento para farmacodependientes, e individuos que se entrevistaron en la comunidad debido a que al momento del estudio no se encontraban en tratamiento

Como se describió en el capítulo IV de esta tesis, se realizó un censo de los centros de tratamiento existentes en Ciudad Juárez encontrando 31 sitios que atendían a personas con problemas por el consumo de drogas, concentrados en 17 agrupaciones (**Anexo 4, Cuadro 2**); sin embargo al momento del levantamiento se encontró que algunos sitios de estas agrupaciones habían desaparecido o ahora funcionaban como albergues para indigentes, tal fue el caso de algunas casas de Alcance Victoria, Visión en Acción y Gloria de Antioquia, así como otros tres de nueva creación (Amor Viviente, A Dios se la Gloria y AMAAR), por lo cual se decidió incluirlos en el estudio.

Al final se trabajó con 17 agrupaciones que representaban en ese momento las opciones de tratamiento para el consumo de drogas en Ciudad Juárez, logrando de esta forma que

sin ser una muestra representativa se tuviera una población heterogénea ya que todos los centros de tratamiento estuvieron representados.

Dentro de éstos se encontró que 13 de ellos eran organismos no gubernamentales donde se brinda apoyo con base en la doctrina Cristiana para la rehabilitación de los usuarios, cuyos programas se basan en la autoayuda a través de estudios bíblicos, cristoterapia, internado así como supervisión y rehabilitación para drogadictos y alcohólicos donde prácticamente el tratamiento es gratuito o de muy bajo costo.

Los otros cuatro, corresponden a: clínica de metadona (Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones, S.A. de C.V.) la cual es un centro de tratamiento privado con el servicio de tratamiento médico, psicológico y administración de metadona); Centros de Integración Juvenil (organismo gubernamental) con un programa de tratamiento cognitivo-conductual y de prevención contra las adicciones; CECATA (Centro Católico para el Tratamiento de las Adicciones), cuyo programa de basa en internamiento, supervisión y rehabilitación de adictos y por último el Programa Compañeros, que corresponde a un organismo no gubernamental, quienes además, colaboraron para la realización operativa de este estudio y cuyo programa de tratamiento se basa en acupuntura, musicoterapia y apoyo médico. (Cuadro 1)

Por lo anterior, se llegó a la decisión al momento del levantamiento de las entrevistas de utilizar la estrategia de "barrido" en los centros existentes para completar el número de entrevistas programadas en los grupos (Grupo 1, usuarios de cocaína como droga principal; Grupo 2, usuarios de cocaína no como droga principal y Grupo 3, usuarios de otras drogas) que fueron en total de 225. (Cuadro 1)

Se realizaron un total de 242 entrevistas de tamizaje en centros de tratamiento, de las cuales 17 no cumplieron con los requisitos establecidos para integrarse al estudio. La tasa de respuesta obtenida fue muy favorable y finalmente se obtuvieron las entrevistas programadas en cada grupo de estudio. (Cuadro 2)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 1. Distribución de la muestra por Centro de Tratamiento

CENTRO DE TRATAMIENTO	Entrevistas Esperadas*	%	Entrevistas Realizadas	%	Diferencia entre realizadas y esperadas
Alcance Victoria	48	21.3	54	24.0	6
Agua Viva	28	12.4	48	21.3	20
Clamor en el Barrio	20	8.9	24	10.8	4
Programa Compañeros	2	0.9	21	9.3	19
Gloria de Antioquia	13	5.8	14	6.2	1
Reto a la Juventud	0	0.0	11	4.9	11
Vino, Trigo y Aceite	13	5.8	11	4.9	-2
CECATA	4	1.8	9	4.0	5
Soldados de Cristo	18	8.0	7	3.1	-11
Casa Libertad Bethel	0	0.0	5	2.2	5
Desafío Juvenil	1	0.4	4	1.8	3
Centros de Integración Juvenil	12	5.3	4	1.8	-8
Clínica de Metadona	8	3.6	4	1.8	-4
Visión en acción	16	7.1	2	0.9	-14
Agua de Vida	9	4.0	--	--	-9
Vidas en Victoria	5	2.2	--	--	-5
Narcóticos anónimos	28	12.4	---	---	-28
Amor Viviente	---	---	3	1.2	3
A Dios sea la gloria	---	---	2	0.9	2
AMAAR	---	---	2	0.9	2
TOTAL	225	100.0	225	100.0	0

* Entrevistas esperadas en 10 semanas

El Grupo 4, (usuarios de cocaína que al momento del estudio no estaban en tratamiento), como se mencionó en el Capítulo de Metodología, se conformó a través de las entrevistas que se levantaron en la comunidad, utilizando la técnica de bola de nieve en el Gimnasio del Programa Compañeros en la Colonia Bellavista. Se levantaron un total de 75 entrevistas, las cuales se derivaron de tres cadenas de informantes clave, los cuales se contactaron a través de los entrevistadores, quienes los visitaron en sus casas o lugares de reunión y les aplicaron una entrevista semiestructurada, en donde se les preguntó si conocían usuarios actuales de cocaína que en ese momento no estuvieran

en tratamiento, que fueran mayores de 14 años, que vivieran hace más de seis meses en Ciudad Juárez y a quienes pudieran presentar personalmente, con el propósito de ser entrevistados.

Del primer informante clave se obtuvieron 43 entrevistas, de las cuales 10 fueron mujeres y el resto hombres, del segundo informante clave se pudieron entrevistar a 17 usuarios, de ellos fueron 14 varones y solo tres mujeres y el tercer informante nos llevó a entrevistar a 18 usuarios de cocaína de los cuales 10 eran mujeres y ocho hombres, con lo cual se completaron los individuos de este Grupo 4.

Se levantaron un total de 78 cuestionarios de tamizaje en la comunidad, de los cuales 3 de las entrevistas no cumplieron con los requisitos del estudio (dos por no tener una residencia de más de 6 meses en Ciudad Juárez y otro que por su estado de intoxicación no pudo continuar con la entrevista), obteniendo una tasa de respuesta muy favorable de 96%. (Cuadro 2)

CUADRO 2. Resultados del levantamiento de los cuestionarios en Centros de Tratamiento y la Comunidad.

CUESTIONARIOS	Centros de	Comunidad
	Tratamiento	
Tamizaje		
Recolectados	242	78
No cumplen criterios	17	2
Incompleta	--	1
Tasa de respuesta	97%	96%
Completos	225	75
Historia de Consumo		
Completos Versión A	150	75
Completos Versión B	75	--
Recolectados	225	75

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Características sociodemográficas

Según lo descrito hasta aquí, la muestra quedó integrada por cuatro grupos. (75 individuos en cada uno) En el Cuadro 3 se resume la información obtenida de acuerdo a la distribución en cada uno de ellos.

Cuadro 3. Distribución de los cuestionarios recolectados según grupo de estudio.

GRUPO	CARACTERÍSTICAS	FRECUENCIA	%
1	Usuarios de cocaína como droga principal en tratamiento	75	33.3
2	Usuarios de cocaína, No como droga principal en tratamiento	75	33.3
3	Usuarios de otras drogas en tratamiento	75	33.3
4	Usuarios de cocaína que no están en tratamiento	75	33.3
TOTAL		300	100.0

Sexo

La muestra en todos los grupos quedó conformada principalmente por hombres, ya que tanto en los Grupos 1, 2 y 3 mostraron un mayor porcentaje de varones. En el Grupo 4 sí hubo una mayor proporción de usuarias, en comparación con la cantidad de mujeres en los otros (30.7%). (Cuadro 4.) Para identificar diferencias entre los grupos se realizó una X^2 y se observó que sí existían, que eran estadísticamente significativas y que fueron dadas principalmente por los grupos 3 y 4, comparando con los otros dos. ($p < 0.05$)

CUADRO 4. Distribución de la muestra según sexo

SEXO	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Masculino	63	84.0	67	89.3	71	94.0	52	69.3
Femenino	12	16.0	8	10.7	4	5.3	23	30.7
TOTAL	75	100.0	75	100.0	75	100.0	75	100.0

X^2 20.26; grados de libertad = 3; p 0.000

TESIS CON
FALLA DE
TEN

Edad

CUADRO 5. Distribución de la muestra según edad y grupo de estudio

GRUPO DE EDAD (Años)	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
15 a 18	5	6.6	9	12.0	3	4.0	9	12.0
19 a 25	23	30.7	23	30.7	10	13.3	19	25.3
26 a 34	30	40.0	21	28.0	12	16.0	26	34.7
35 y más	17	22.7	22	29.3	50	66.7	21	28.0
TOTAL	75	100.0	75	100.0	75	100.0	75	100.0

χ^2 43.35; grados de libertad = 9; p 0.000

En el Cuadro 5 se presenta la distribución por edad de cada uno de los grupos estudiados. En él se observa que la edad más frecuente en los Grupos 1 y 4, fueron los de 26 a 34, los del Grupo 2 eran un poco más jóvenes (19 a 25 años) y en el Grupo 3 estaban los individuos de mayor edad (de 35 y más), mostrando esta distribución diferencias significativas.

Debido a que la variable edad no adoptó una distribución normal, se utilizó la mediana como la medida que representara mejor a la población y se observó que la mediana de edad para los Grupos 1 y 2 fue de 28 años, para el Grupo 4 fue 27 años y para el Grupo 3 fue de 40, siendo éste el grupo, como ya se había comentado, significativamente más longevo que los demás.

Escolaridad

En todos los grupos se observa que la escolaridad entre los usuarios es básicamente primaria aunque algunos sujetos señalaron incluso haber cursado hasta estudios de licenciatura. En Grupo 3, es decir en usuarios de otras drogas en tratamiento es donde hay una mayor proporción (6.7%) de individuos que no tienen educación formal. La mediana de años de escolaridad en el Grupo 1, fue de 7 y en el resto de los grupos fue de 6 años, no obstante, al comparar los grupos de estudio según escolaridad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. (Cuadro 6)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 6. Distribución de la muestra según escolaridad

ESCOLARIDAD	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Primaria	33	44.0	42	56.0	46	61.3	38	50.6
Secundaria	31	41.4	21	28.0	14	18.6	25	33.3
Preparatoria y más	10	13.3	10	13.3	10	13.4	12	16.1
Sin escolaridad*	1	1.3	2	2.7	5	6.7	--	--

χ^2 9.26 grados de libertad = 6 $p = 0.16$

* se eliminó para el cálculo de la χ^2

Ocupación

Más de la mitad de la población entrevistada (52.4%), señaló tener algún tipo de ocupación durante el mes previo al estudio y de los que no la tenían en su mayoría se debía a problemas derivados por el consumo de drogas, es decir problemas delictivos, de salud y los ocasionados por la adicción a la cocaína y síndrome de abstinencia así como estar internados bajo tratamiento. (Cuadro 7)

CUADRO 7. Motivos por lo que no trabajaron el mes previo

MOTIVOS	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Problemas por su consumo de drogas	16	42.1	8	23.5	3	12.5	15	42.9
En tratamiento	15	39.5	23	67.6	19	79.2	--	--
Desempleado	2	5.3	2	5.9	--	--	7	20.0
Hogar	4	10.5	--	--	--	--	5	14.3
Vagancia	1	2.6	1	2.9	--	--	4	11.4
Otros*	--	--	--	--	2	8.3	4	11.4
TOTAL	38	100.0	41	100.0	24	100.0	35	100.0

* Dos que nunca habían trabajado, dos que estaban incapacitados y dos que habían estado en prisión.

Respecto a la actividad que desarrollaban, se les preguntó tanto a los que tenían alguna ocupación como a aquellos que señalaron no tener ninguna durante el mes previo, siendo ser principalmente obreros y empleados. En el Grupo 3, se encontró una mayor proporción (24%) de personas que se dedicaban a trabajos temporales como: lavacoches, cuidadores de autos, barrenderos, etc. Sólo en el Grupo 4 hubo trabajadoras

TESIS CON
FALLA DE ...

del sexo comercial (13%). En los Grupos 1 y 2, se encontró una mayor proporción de personas que reportan no tener ninguna actividad. (Cuadro 8)

CUADRO 8. Distribución de la muestra según ocupación

OCUPACIÓN	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Obrero	21	28.0	25	33.3	25	33.3	17	22.7
Ama de casa	5	6.7	3	4.0	1	1.3	4	5.3
Empleado	23	30.7	28	37.3	25	33.3	27	36.0
Trabajadores temporales	7	9.3	6	8.0	18	24.0	11	14.7
Trabajadoras del sexo comercial	--	--	--	--	--	--	10	13.3
Sin ocupación	19	25.3	13	17.3	6	8.0	6	8.0
TOTAL	75	100.0	75	100.0	75	100.0	75	100.0

Religión

La mayoría de los usuarios de los Grupos 1, 2 y 3 dijeron ser cristianos o protestantes, lo cual puede explicarse por el hecho de que la mayoría de estos centros de tratamiento basan su rehabilitación en esta religión. La mayoría de los usuarios de cocaína que no estaban en tratamiento, manifestaron ser católicos y también fueron quienes con mayor frecuencia mencionaron no profesar ninguna religión. Las diferencias que se encontraron con relación al Grupo 4, fueron estadísticamente significativas ($p < 0.000$) Cuadro 9.

CUADRO 9. Distribución de la muestra según religión.

RELIGIÓN	GRUPO 1		GRUPO 2		GRUPO 3		GRUPO 4	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Católica	22	29.3	19	25.3	19	25.3	47	62.7
Protestante o Cristiana	45	60.0	47	64.0	48	64.0	14	18.7
Ninguna	8	10.7	9	10.7	8	10.7	14	18.7
TOTAL	75	100.0	75	100.0	75	100.0	75	100.0

$\chi^2 = 44.1$ grados de libertad = 6 $p = 0.000$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V.2. HISTORIA DE CONSUMO Y FORMAS DE USO DE LA COCAÍNA

Historia del consumo de drogas

Para dar respuesta a las necesidades que surgen de este problema y la forma en que se manifiesta en la población estudiada en Ciudad Juárez, fue necesario tener información más allá de la magnitud y tendencias del consumo de la cocaína, como lo es el conocimiento de la historia natural del consumo de esta droga. (Tapia-Conyer, 2001)

La reconstrucción de la historia de consumo de drogas es necesaria para identificar el tipo de sustancias de inicio, así como el momento en que incorporan el uso de otras. Por ello, no sólo se investigó a la cocaína como tal, sino también el uso de otras sustancias, que en la mayoría de los casos precedieron a ésta, para conocer las drogas de inicio, entre las que destacaron el tabaco, alcohol y marihuana y dentro de su historia de consumo la incorporación de otras, como la heroína.

Como ya se ha mencionado, la muestra del estudio se conformó por 225 usuarios de cocaína (Grupos 1,2 y 4), 182 de ellos fueron hombres (80.8%) y 43 mujeres (19.1%). Su promedio de edad al momento de la entrevista fue de 28.9 (DS 8.6); la mayoría se concentró entre los 26 y 34 años de edad. El 50% de los usuarios tenía como nivel de escolaridad máxima la primaria, 47.6% se encontraban sin ocupación, la mitad era soltero y su principal religión fue el cristianismo (45.3%) Cuadro 10.

La historia previa del consumo de drogas en esta población fue extensa (99%), 46% habían usado tabaco, 24% alcohol, 14% marihuana,, 7.6% inhalables, 4% pastillas, 0.9% heroína y 0.5% rohypnol. La edad de inicio promedio en el consumo de drogas fue a los 12.5 años de edad (DS 3.3). Otro aspecto en la vida de estos individuos fueron los diferentes problemas asociados a su consumo de drogas, que incluyeron problemas familiares (30%), problemas de salud (27%), problemas delictivos (11%) y un 6% se vieron involucrados en accidentes y problemas económicos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 10. Distribución de las características sociodemográficas de la muestra de usuarios de cocaína según sexo

Variables	Hombres		Mujeres		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Grupos de Edad						
15-18	12	6.6	11	25.6	23	10.2
19-25	55	30.2	10	23.3	65	28.9
26-34	60	33.0	17	39.5	77	34.2
35-44	47	25.8	4	9.3	51	22.7
45 ó más	8	4.4	1	2.3	9	4.0
Escolaridad						
Primaria	93	52.0	20	46.5	113	50.9
Secundaria	60	33.5	17	39.5	77	34.7
Preparatoria y más	26	14.5	6	14.0	32	14.4
Ocupación						
Con ocupación	106	58.2	12	27.9	118	52.4
Sin ocupación	76	41.8	31	72.1	107	47.6
Estado Civil						
Soltera(o)	100	54.9	25	58.1	125	55.6
Casada(o)/ Unión libre	53	29.1	12	27.9	65	28.9
Separada(o), Divorciada(o)/ Viuda(o)	29	15.9	6	14.0	35	15.6
Religión						
Católica	68	37.4	20	46.5	88	39.1
Protestante/Cristiana	92	50.5	14	32.6	106	47.1
Ninguna	22	12.1	9	20.9	31	13.8
Total	182	100.0	43	100.0	225	100.0

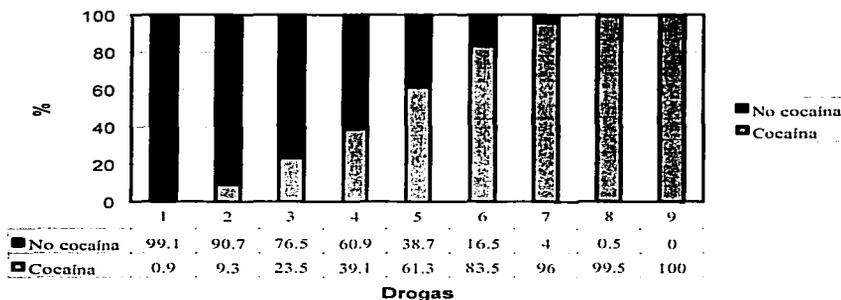
V.3. FACTORES ASOCIADOS AL INICIO Y CONTINUIDAD DEL USO DE LA COCAÍNA

Historia natural del consumo de cocaína

En la Figura 1, se muestra como estos 225 usuarios de drogas fueron incorporando la cocaína en su patrón de consumo, para ello se les solicitó información sobre el tipo de droga con la que habían iniciado (inclusive tabaco y alcohol) así como el orden consecutivo de las drogas que habían consumido en su vida, hasta el momento de la entrevista. Impacta saber que hubo quienes señalaron haber usado hasta nueve drogas distintas. La historia y evolución de su consumo, mostró que solo dos varones (0.9%)

iniciaron con cocaína, aumentando en frecuencia aquellos que la incorporaron como segunda, tercera y cuarta droga, conforme avanzaba el tiempo. Para la quinta droga, más de la mitad de los entrevistados (61%) ya había iniciado el consumo de cocaína, en la sexta droga se había acumulado el 84% de ellos, alcanzando la totalidad en la novena droga.

Fig. 1. Distribución de la incorporación de la cocaína al patrón de consumo.



Ahora bien, la velocidad con la que estos sujetos incorporaron la cocaína a su patrón de consumo varió de acuerdo a la droga con la que iniciaron el uso de drogas, así, para aquellos que empezaron con el tabaco (105 sujetos) y alcohol (53 sujetos), tardaron en promedio 8.8 años en ambos casos (DS 8.5 y DS 7.04 respectivamente) en usar la cocaína. Sin embargo, cuando el inicio de la historia de consumo fue con la marihuana (31 sujetos), el tiempo promedio que tardaron en usar la cocaína, fue de 15.8 años. (DS 9.2).

El promedio de edad a la que usaron la cocaína por primera vez fue a los 21 años (DS 7.4), con un rango que varió desde los 10 hasta los 55 años. Tomando en consideración que la edad promedio de inicio de consumo de cualquier droga fue a los 12.5 años, es posible señalar que el tiempo promedio que tardan desde ese inicio, hasta que llegan a consumir cocaína es de 8.5 años, sin embargo, esto varió considerablemente según el tipo de droga con la que se iniciaron, tal como se puntualizó en el párrafo anterior. Por otro lado, la primera vez que usaron la cocaína, fue asociada principalmente al círculo de

amigos (58%), 12% con familiares y 11% lo hicieron solos. La ociosidad y las fiestas fueron los momentos adecuados para iniciar el primer uso de la cocaína (27 y 24% respectivamente); los lugares más favorables para el inicio del consumo fueron la casa de sus amigos (26%), la calle (19%) y aún sus propias casas (18%). En esa primera vez, la mayoría la consumieron principalmente aspirada por la nariz (65%) y algunos (29,3%) la usaron inyectada.

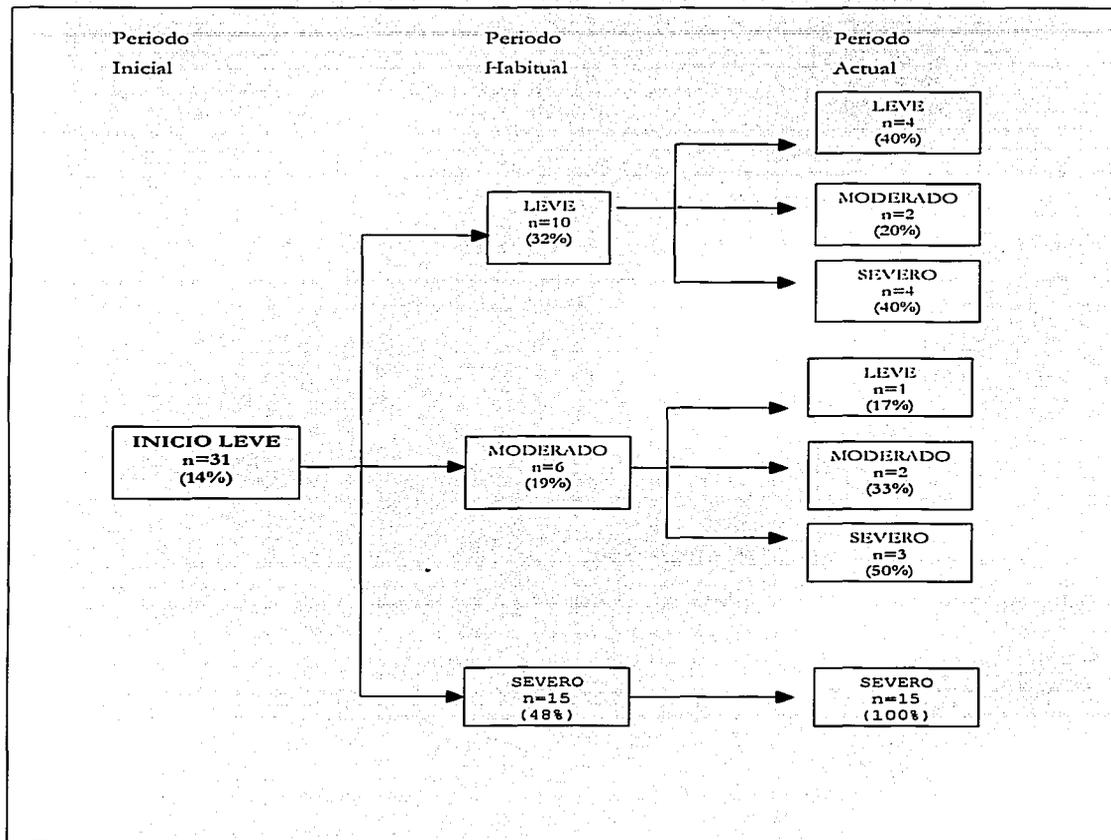
Entre los motivos que señalaron para usarla por primera vez, destaca la curiosidad (78.7%), la presión o influencia de amigos (7%) y problemas personales (5%). Además de lo anterior, se les interrogó acerca de si en esa primera ocasión, deseaban realmente usar la cocaína y aunque 80% respondió afirmativamente, hubo un 20% que dijo que no. Solamente 64% dijo recordar esa primera experiencia con la cocaína como algo agradable y el 80% consideró que ese primer contacto con la cocaína influyó en que continuaran usándola.

Patrones de consumo de la cocaína

Para explorar diferentes patrones de consumo, se dividió la muestra de acuerdo con la frecuencia de uso al inicio de su consumo y se clasificaron en leve, moderado y severo. Para el primer patrón el uso inicial fue mensual, en el patrón moderado el uso inicial fue semanal y para el patrón severo el uso inicial fue a diario, o al menos 5 a seis días por semana. El grupo que inició su consumo de forma leve, representó el 14%, el grupo que lo inició de manera moderada fue el 54% y quienes lo hicieron de forma severa fueron 32%. En la Fig. 2, 3 y 4 se esquematiza la progresión de los individuos de cada uno de los grupos:

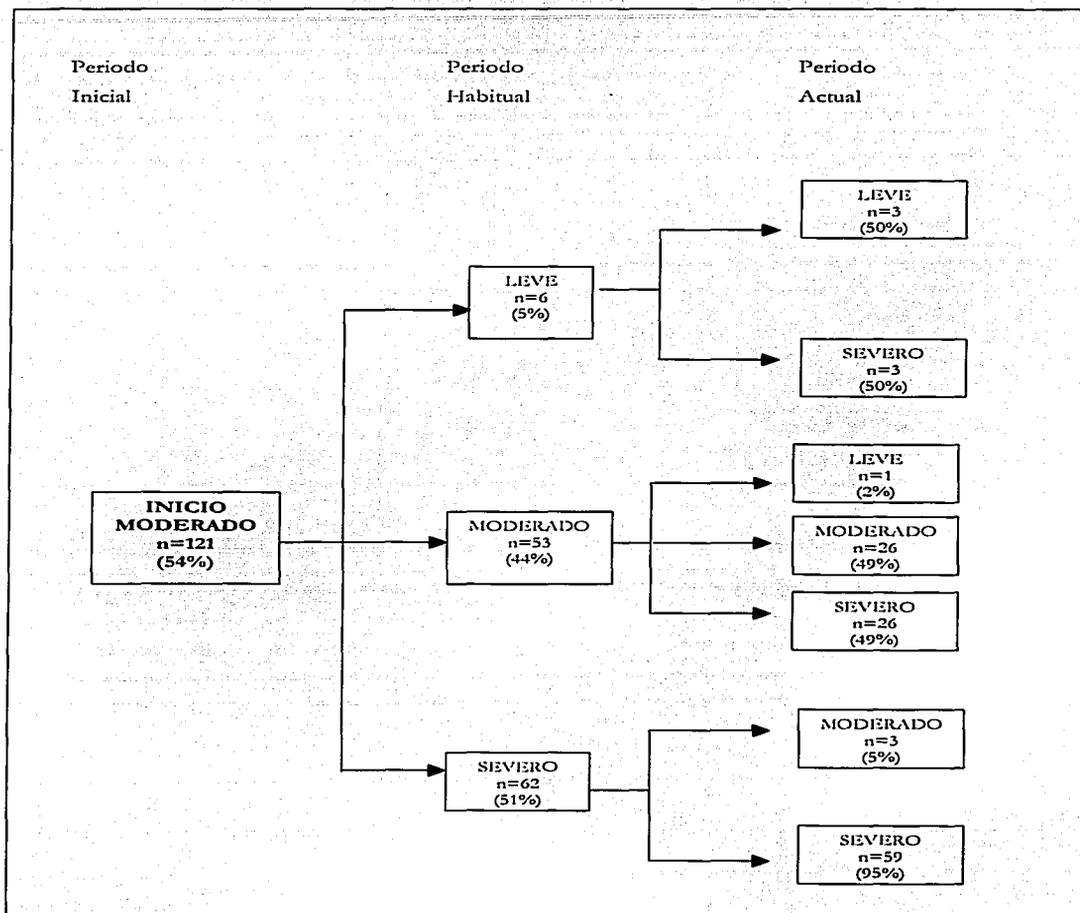
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 2. Patrón de inicio leve del consumo de cocaína y su evolución en los periodos habitual y actual



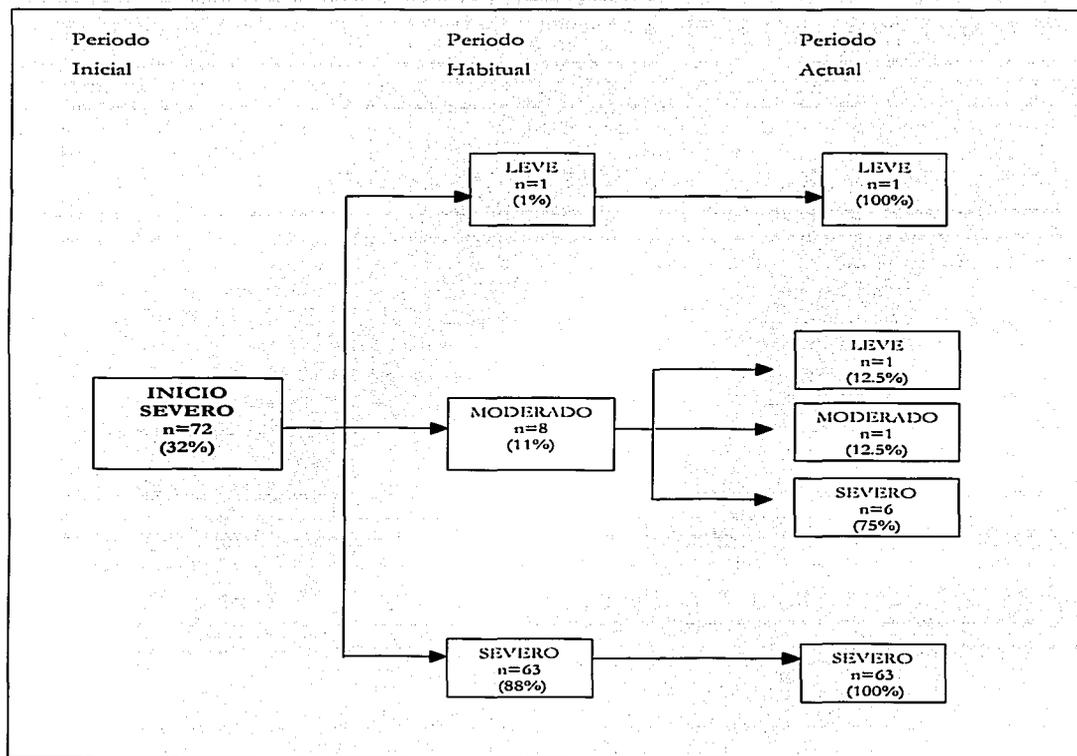
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig. 3. Patrón de inicio moderado del consumo de cocaína y su evolución en los periodos habitual y actual



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fig.4. Patrón de inicio severo del consumo de cocaína y su evolución en los periodos habitual y actual



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La mayoría de los individuos progresan en su consumo y son pocos en los que dicha progresión es en sentido decreciente. En el Cuadro 11, se muestran las características sociodemográficas de los tres patrones identificados en la carrera de uso de estos individuos, las cuales fueron muy similares, excepto por la edad que fue la única que tuvo diferencias significativas (χ^2 9.36, $p < 0.05$); se observa que la mayor proporción de los individuos con patrón severo tenían 26 o más años de edad y que corresponde a los de mayor edad que en los otros grupos.

En el Cuadro 12, se muestra, la edad al inicio del consumo de cocaína, las vías de administración, los criterios, tipo de dependencia y finalmente el promedio del tiempo de exposición (o carrera) de acuerdo a los tres patrones. Para comparar los promedios de las edades de inicio entre los tres grupos encontrados se utilizó una ANOVA, cuyo resultado mostró que no hubo diferencias significativas entre grupos. La vía de administración más usual en los tres grupos fue la inhalada, sin embargo, en el patrón severo se reportó un 43% que la aplicaba inyectada. Al comparar fumada mas inhalada versus inyectada, se encontraron diferencias significativas. Con base en los criterios de dependencia de los tres patrones, más del 80% de los individuos eran dependientes a la cocaína, con mayor preponderancia a la dependencia física en el patrón severo. En cuanto al tiempo promedio de la carrera del uso de cocaína éste fue de 8.8 años (DS 6.1), no encontrando diferencias significativas entre los tres grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 11. Distribución de los patrones de inicio del consumo de la cocaína según características sociodemográficas

Variables	Leve n = 31		Moderado n = 121		Severo n = 72	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
	Sexo					
Masculino	27	87.1	96	79.3	59	81.9
Femenino	4	12.9	25	20.7	13	18.1
Grupos de Edad*						
15-25	13	42.0	57	47.1	18	25.0
26 y más	18	58.0	64	52.9	54	75.0
Escolaridad						
Primaria	40	55.6	64	52.9	9	29.0
Secundaria	22	30.6	38	31.4	16	51.6
Preparatoria	7	9.6	12	9.9	4	12.9
Licenciatura	3	4.2	4	3.3	2	6.5
Sin escolaridad	--	--	3	2.5	--	--
Ocupación						
Con ocupación	16	51.6	64	52.9	37	51.4
Sin ocupación	15	48.4	57	47.1	35	48.6
Estado Civil						
Soltero	18	58.1	74	61.2	33	45.8
Casado	7	22.6	10	8.3	10	13.9
Unión libre	2	6.5	22	18.2	13	18.1
Separado/ Divorciado	4	12.8	14	11.5	15	20.8
Viudo	0	0	1	0.8	1	1.4
Religión						
Católica	10	32.3	49	40.5	29	40.3
Protestante o Evangélica	1	3.2	2	1.7	1	1.4
Cristiana	16	51.6	49	40.5	37	51.4
Ninguna	4	12.9	21	17.4	5	6.9

* $\chi^2 = 9.36$; grados de libertad 2; $p \leq 0.009$

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 12. Características del consumo de la cocaína según patrones de inicio

Variables	Leve n = 31		Moderado n = 121		Severo n = 72		Prueba estadística
	#	%	#	%	#	%	
Edad al inicio de Cocaína							
≤ 16 años	9	29.0	44	36.4	14	19.4	ANOVA* F 1.65 (p > 0.05)
17 a 18 años	9	29.0	24	19.8	13	18.1	
19 a 24 años	6	19.4	26	21.5	25	34.7	
≥ 25 años	6	19.4	27	22.3	20	27.8	
NS/NR	1	3.2	---	---	---	---	
Mediana 21 años							
Vía Administración							
Fumada + inyectada	5	16.1	39	32.2	32	44.4	X ² 8.08 (p < 0.05)
Inhalada	26	83.9	82	67.8	40	55.6	
Criterios de Dependencia							
Dependiente	27	87.1	108	89.3	68	94.4	X ² 1.9 (p > 0.05)
Abuso	4	12.9	13	10.7	4	5.6	
Tipo de Dependencia							
Con dependencia física	17	63.0	71	65.7	50	73.5	X ² 1.5 (p > 0.05)
Sin dependencia física	10	37.0	37	34.3	18	26.5	
Tiempo de exposición a Cocaína							
Promedio		9.2		7.3		8.9	ANOVA F 84.5 (p > 0.05)
Desviación Estándar		7.2		5.4		6.6	

* Para esta prueba se considero la edad en años cumplidos en los tres grupos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Periodos en la evolución del consumo de cocaína

En esta sección se hace énfasis en los periodos por los que pasa el usuario en su evolución de consumo, es decir, el *periodo inicial* que corresponde desde que empiezan a usar la cocaína hasta que lo hacen de forma regular; el *periodo habitual o típico*, que es cuando la usan cotidianamente y el *periodo intensivo* que corresponde a la presencia de un lapso de mayor uso que en el habitual.

Cada uno de los periodos descritos se definieron desde las entrevistas realizadas a los usuarios en donde se identificaban los momentos por lo que pasaban en su carrera de consumo ubicándolos por su edad en los diferentes momentos desde la edad de inicio hasta hacerlo de forma habitual o algún periodo de mayor consumo.

Periodos de consumo y sus combinaciones.

La población entrevistada presenta diferentes etapas de consumo de la cocaína, como lo muestra el Cuadro 13; tres cuartas partes de ellos tenían un periodo inicial, seguido por un habitual y luego un intensivo. La segunda combinación (22.7%) fue la que pasa del periodo de inicio, al habitual es decir, que no han presentado ningún periodo de mayor consumo. Por último, la menos frecuente (1.3%) fue la que pasa del periodo inicial al intensivo y de ahí al habitual.

CUADRO 13. Combinaciones de periodos de consumo

PERIODOS	Frec.	%
Combinación "A" inicio-habitual-habitual	51	22.7
Combinación "B" inicio-habitual-intensivo	171	76.0
Combinación "C" inicio-intensivo-habitual	3	1.3

De los 225 usuarios de cocaína, 174 (77%) presentaron un periodo de mayor consumo. La evolución del consumo de la población usuaria de cocaína que participó en el estudio, mostró que el promedio de edad en el *periodo inicial* fue de 21 años, para incrementarse en el *periodo habitual* a 23 y en el *periodo intensivo* a 26 años.

El tiempo que transcurre desde que inician el consumo hasta que lo hacen de manera habitual es en su mayoría de un año (27.5%). Hubo 9.8% (5 personas) en quienes fue de menos de un año y el máximo tiempo fue de 18 años en solo dos individuos (3.9%).

Durante el periodo inicial, muchos de los entrevistados (45.8%) usaban la droga semanalmente, aunque llama la atención que 32% mencionó usarla a diario desde los primeros meses de consumo. (Cuadro 14)

En el periodo habitual como se aprecia en el Cuadro 14, más de la mitad ya la usan a diario y es menor la frecuencia de individuos que la usan de manera ocasional o mensual. Asimismo, la mayoría de los que presentaron periodo intensivo la usan todos los días. Naturalmente hay un marcado decremento en el uso ocasional y cabe mencionar que no hubo sujetos que la usaran mensualmente.

CUADRO 14. Frecuencia de consumo durante los periodos inicial, habitual e intensivo

FRECUENCIA	INICIAL		HABITUAL		INTENSIVO	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
DIARIO	72	32.0	140	62.2	152	87.9
SEMANAL	103	45.8	67	29.8	15	8.7
MENSUAL	38	16.9	7	3.1	---	---
OCASIONAL	11	4.9	11	4.9	5	2.9
NO SABE	1	.4	---	---	---	---
TOTAL	225	100.0	225	100.0	225	100.0

La vía de administración también mostró variaciones dependiendo del periodo. Como puede verse en el Cuadro 15, la vía de uso más importante (66.2%) en el periodo inicial fue inhalada o aspirada por la nariz, y casi un tercio (29.8%) señaló usarla por vía intravenosa. En los periodos habitual e intensivo, se diversifican las formas de consumo y aparece más de una vía de administración, a la vez que cobra importancia el uso intravenoso siendo esta vía tan frecuente como la aspirada por la nariz.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 15. Vía de administración durante los periodos inicial, habitual e intensivo

VIA	INICIAL		HABITUAL		INTENSIVO	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Fumada	9	4.0	6	2.7	3	1.7
Inhalada/aspirada	149	66.2	69	30.7	49	28.2
Inyectada	67	29.8	84	37.3	78	44.8
Untada en mucosas	---	---	1	.4	---	---
Fumada/aspirada	---	---	22	9.8	13	7.5
Fumada/inyectada	---	---	4	1.8	2	1.1
Aspirada/inyectada	---	---	23	10.2	19	11.0
Fumada/aspirada e inyectada	---	---	15	6.7	9	5.2
No sabe	---	---	1	.4	1	0.5
TOTAL	225	100.0	225	100.0	174	100.0

El contexto donde usa la droga y con quién lo hacen, resulta importante como parte de la facilidad o no para poder llevar a cabo este consumo. Como se observa en el Cuadro 16 los sitios más utilizados para el consumo, independientemente del período en el que se encuentren los usuarios, es su casa o la de otra persona, la calle o parques, inclusive su lugar de trabajo y en forma secundaria en otros sitios.

CUADRO 16. Lugares donde la usaba según periodo inicial, habitual e intensivo

LUGAR	INICIAL		HABITUAL		INTENSIVO	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
En su casa	41	18.2	48	21.3	54	31.0
Casa otra persona	59	26.2	30	13.3	23	13.2
Trabajo	14	6.2	29	12.9	25	14.9
Escuela	---	---	---	---	1	0.6
Fiesta, bar, disco, etc.	13	5.8	13	5.8	2	4.0
Calle o parque	56	24.9	53	23.6	32	18.4
Cárcel	4	1.8	2	.9	1	0.6
Donde vendieran	---	---	---	---	1	0.6
Cualquier lugar	---	---	26	11.6	14	8.0
Hotel	16	7.1	7	3.1	11	6.3
Picadero	10	4.4	9	4.0	6	3.4
No sabe/No recuerda	1	.4	---	---	---	---
TOTAL	225	100.0	225	100.0	174	100.0

Las personas con quien solía consumir la cocaína, al principio eran principalmente con amigos (66.7%) y parientes (12.0%). Llama la atención que uno de cada diez (10.7%) dijo usarla "sólo" desde el periodo inicial, probablemente se deba a que se trató de sujetos que ya habían utilizado otras sustancias y no les era nuevo usar otra nueva droga. (Cuadro 17) En el periodo habitual e intensivo continúan siendo los amigos las personas con quienes más usan la cocaína (69.8 y 65.5%, respectivamente). La proporción de los que la usan solos se incrementa comparándola con la del periodo inicial.

CUADRO 17. Personas con quien consumían la cocaína según periodo inicial, habitual e intensivo

PERSONA	INICIAL		HABITUAL		INTENSIVO	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Parientes	27	12.0	9	4.0	6	3.4
Pareja	18	8.0	15	6.7	12	6.9
Amigos	150	66.7	157	69.8	114	65.5
Desconocidos	5	2.2	2	0.9	4	2.3
Solo	24	10.7	42	18.7	38	21.8
No sabe	1	0.4	---	---	---	---
TOTAL	225	100.0	225	100.0	174	100.0

Por último, de todos los usuarios de cocaína entrevistados, 90.7% cumplieron con los criterios de dependencia (3 o más síntomas presentes en el último año) a la droga y solamente 21 (9.3%) tuvieron menos de 3 síntomas presentes en el último año. Además, seis de cada 10 (59.1%) presentaron síntomas físicos de severidad. De aquellos que presentaron el patrón de consumo "A" (Inicio-habitual-habitual), el 69% eran dependientes a la cocaína; los del patrón "B" (Inicio-habitual-intensivo), casi todos eran dependientes (97%) y por último los tres que tuvieron el patrón "C" (inicio-intensivo-habitual), el 100% cumplieron con los criterios de dependencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V.4. EFECTOS INMEDIATOS AL CONSUMO Y ESTRATEGIAS PARA LOGRARLOS Y MANTENERLOS

Efectos placenteros.

La cocaína es un potente estimulante del Sistema Nervioso Central y acorde con la literatura, esta produce sentimientos de omnipotencia, autocontrol y grandeza. Reduce las sensaciones de apetito, fatiga, y sueño. Estas "virtudes" han hecho que alrededor de la misma, surja un mito al enaltecer estas propiedades lo que en muchos casos probablemente se ha asociado con un incremento de la demanda de la sustancia, sobre todo en ciertas condiciones laborales, al reducir la fatiga e incrementar el desempeño en la jornada laboral.

Al inicio del consumo, los sujetos estudiados mencionaron experimentar sensaciones de satisfacción, principalmente el sentirse activo, con mucho valor y eufórico (35.6%); sentirse como en cámara lenta y con vértigo, que si bien no son efectos descritos en la literatura pudo deberse en ciertos casos a la combinación que hacen con un depresor del SNC, como es la heroína ya que como se menciono anteriormente el 0.9% inicio su consumo con heroína. Asimismo, 10.2% mencionó como agradable una sensación llamada por los usuarios como "rachazo" (del inglés *rush*) que de acuerdo a ellos significa ese momento en que la cocaína entra al organismo y hay un "...acelere del corazón y como si un motor hubiese prendido tu cuerpo". Por otra parte, de los entrevistados 4.4% señaló no haber tenido ninguna sensación agradable y 1.3% no supo explicar las sensaciones percibidas cuando consumían la cocaína. (Cuadro 18)

CUADRO 18. Efectos placenteros

TIPO DE EFECTOS	Frecuencia	%
Acelerado, activo	80	35.6
Vértigo, cámara lenta	40	17.8
Alegre, positivo	26	11.6
"Rachazo", acelere de corazón	23	10.2
Aliviane, satisfacción, extrovertido	21	9.3
Alucinaciones, zumban oídos	9	4.0
Tomar mas, no emborracharse	5	2.2
Aumento de actividad sexual, estimulación	5	2.2
No sabe explicar	3	1.3
No hay nada agradable	13	5.7
Total	225	100.0

Como se aprecia en el Cuadro 19, el tiempo que duran estos efectos placenteros en casi una cuarta parte de ellos (24%), fue de 16 a 30 minutos. Sin embargo, 21.3% mencionó entre 1 y 3 horas e incluso hubo quienes dijeron que de 9 hasta 48 horas (1.8%). De estos sujetos, poco más de la mitad (54.2%) usaba otras drogas (además de la cocaína) para lograr los efectos placenteros.

CUADRO 19. Duración de efectos placenteros.

DURACION DE EFECTOS	Frecuencia	%
< de 6 min.	20	8.9
6 a 15 min.	43	19.1
16 a 30 min.	54	24.0
31 a 59 min.	38	16.9
1 a 3 hrs.	48	21.3
4 a 8 hrs.	18	8.0
9 a 48 hrs.	4	1.8
TOTAL	225	100.0

Efectos negativos

El consumo cotidiano de cocaína no trae consigo siempre las sensaciones agradables que se experimentan frecuentemente en los primeros meses de su consumo, sino que trae efectos que son descritos por los usuarios como sensaciones desagradables y problemas de diversa índole.

Estas sensaciones se dividieron en efectos físicos como dolores musculares, de cabeza, pérdida de peso, vómito, entre otros, como lo muestra el Cuadro 20, en donde se observa que fueron de los más señalados (37.3%), junto con los efectos psicológicos (delirios de persecución, depresión, ansiedad, agresividad, sensación de insectos en la piel, etc.). Asimismo, se consideró importante mencionar aquellos sujetos que tuvieron más de tres problemas físicos o psicológicos. Destaca el hecho que casi una tercera parte (29.8%) de la población de usuarios de cocaína mencionó no tener efectos negativos por el uso de esta droga.

CUADRO 20. Efectos negativos.

TIPO DE EFECTOS	Frecuencia	%
Físicos	84	37.3
Psicológicos	46	20.4
Físicos y psicológicos	14	6.2
Familiares	4	1.8
Económicos	2	0.9
Más de 3 problemas psicológicos	4	1.8
Más de 3 problemas físicos	4	1.8
No han tenido efectos negativos	67	29.8
TOTAL	225	100

De los 158 (70.2%) usuarios de cocaína que han tenido efectos negativos, más de la mitad (55.7%) usan otras drogas para evitar estos efectos desagradables.

Por otra parte, a todos los usuarios de cocaína se les preguntó si consideraban que los efectos desagradables que podía provocar esta sustancia se debían a la forma como la "cortan", es decir, a la manera como adulteran la sustancia, a lo que la mayoría (84.4%) contestó afirmativamente. Muchos de ellos comentaron que los dolores musculares y de articulaciones eran principalmente por todo lo que le ponen a la droga, es decir que no atribuyen su efecto a la cocaína.

V.5. RIESGOS PERCIBIDOS PARA LA SALUD

Otro de los objetivos del estudio fue el identificar los riesgos para los daños a la salud en los usuarios de cocaína. Esta información fue obtenida a partir de la percepción de los sujetos estudiados y se observó, como se indica en el Cuadro 21 que los daños percibidos con mayor frecuencia entre los usuarios de cocaína, fueron de tipo mental como: depresión o tristeza, comportamiento agresivo ante cualquier situación, crisis de pánico, ansiedad e irritabilidad. Sin embargo, para la mayoría de los daños a la salud mencionados, no hubo diferencia significativa desde el punto de vista estadístico entre los usuarios y los no usuarios de cocaína, excepto por la sensación de aumento de la temperatura, la presencia de abscesos en la piel, el intento de suicidio y la agresividad, mismos que fueron significativamente más mencionados entre los consumidores de cocaína.

CUADRO 21. Daños a la salud percibidos por usuarios y no usuarios de cocaína.

DAÑOS	USUARIOS		USUARIOS DE OTRAS DROGAS		P
	Num.	%	Num.	%	
Enfermedades Corazón	38/216	17.6	16/74	21.6	0.44
Hipertensión Arterial	79/220	35.9	27/71	38.0	0.75
Asma	20/223	9.0	5/75	6.7	0.53
Náusea, vómitos frecuentes	118/225	52.4	34/75	45.3	0.28
Hepatitis	17/223	7.6	4/75	5.3	0.50
Convulsiones	34/225	15.1	12/75	16.0	0.85
Aumento de temperatura	143/225	63.6	37/75	49.3	0.02
Abscesos en piel	60/225	26.7	7/73	9.6	0.002
Infecciones de transmisión sexual	27/225	12.0	14/75	18.7	0.14
VIH/SIDA	2/201	1.0	0/71	0.0	
Pánico, Ansiedad, Irritabilidad	150/225	66.7	45/75	60.0	0.29
Depresión, Tristeza	174/225	77.3	55/75	73.3	0.48
Intento de suicidio	86/224	38.4	15/75	20.0	0.003
Agresividad	151/225	67.1	30/75	40.0	0.000
Accidentes	144/224	64.3	39/73	53.4	0.09
Sobredosis	71/223	31.8	16/72	22.2	0.12

En el Cuadro 22, se observa que al hacer una comparación entre la percepción de estos daños según sexo, en el grupo de usuarios de cocaína no hubo diferencia significativa entre hombres y mujeres. El mismo fenómeno se presentó en los usuarios de otras drogas, salvo una mayor percepción de enfermedades cardiovasculares. La presencia de sobredosis por el uso de alguna otra droga (no la cocaína) fue significativamente mayor en las mujeres que en los hombres.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 22. Daños a la salud percibidos según sexo por usuarios y no usuarios de cocaína

DANOS	USUARIOS					USUARIOS DE OTRAS DROGAS			
	Hombres		Mujeres		p	Hombres		Mujeres	
	Num.	%	Num.	%		Num.	%	Num.	%
Enfermedades Corazón*	33/174	19.0	5/42	11.9	0.37	13/70	18.6	3/4	75.0
Hipertensión Arterial	62/179	34.6	17/41	41.5	0.47	26/68	38.2	1/3	33.3
Asma	17/180	9.4	3/43	7.0	0.77	5/71	7.0	0/4	0
Náusea, vómito frecuente	95/182	52.2	23/43	53.5	1.0	32/71	45.1	2/4	50.0
Hepatitis	16/180	8.9	1/43	2.3	0.20	4/71	5.6	0/4	0
Convulsiones	27/182	14.8	7/43	16.3	0.81	12/71	16.9	0/4	0
Fiebre	117/182	64.3	26/43	60.5	0.72	37/71	52.1	0/4	0
Abscesos en piel	46/182	25.3	14/43	32.6	0.34	7/69	10.1	0/4	0
ITS	23/182	12.6	4/43	9.3	0.79	14/71	19.7	0/4	0
VIH/SIDA	2/161	1.2	0/40	0	1.0	0/67	0	0/4	0
Pánico, Ansiedad, Irritabilidad	116/182	63.7	34/43	79.1	0.07	43/71	60.6	2/4	50.0
Depresión, Tristeza	139/182	76.4	35/43	81.4	0.55	52/71	73.2	3/4	75.0
Intento de Suicidio	70/181	38.7	16/43	37.2	1.0	13/71	18.3	2/4	50.0
Agresividad	117/182	64.3	34/43	79.1	0.07	27/71	38.0	3/4	75.0
Accidentes	119/181	65.7	25/43	58.1	0.38	36/69	52.2	3/4	75.0
Sobredosis*	60/180	33.3	11/43	25.6	0.37	13/68	19.1	3/4	75.0

* p < 0.05

Para buscar factores asociados a la percepción de algunos de los daños referidos en los cuadros anteriores, se evaluaron las siguientes variables: uso de cocaína (como variable dicotómica), grupo al que pertenecían, variables sociodemográficas tales como: sexo, edad, religión, años de estudio, ocupación, patrones de consumo: edad al inicio, tiempo de uso, frecuencia de uso, vía de administración, uso actual de heroína. La evaluación de la asociación se realizó mediante un análisis de riesgo.

Cuando la variable dependiente fue “Crisis de pánico, nerviosismo, ansiedad” se observó que quienes se administraban la cocaína untada o inhalada, tenían casi tres veces más probabilidad de presentar éste tipo de crisis. (Cuadro 24)

CUADRO 24. Análisis bivariado para crisis de pánico, nerviosismo, ansiedad e irritabilidad.

VARIABLE	Caso	No caso**	RMc	I.C.95%	p
Sexo					
Mujer	36	11	1.92	0.89 – 4.2	0.07
Hombre	159	94			
Grupo de edad					
15 – 18	20	6	2.70	0.78 – 9.6	0.13
19 – 25	43	32	1.09	0.46 – 2.6	0.83
26 – 34	61	28	1.76	0.75 – 4.1	0.15
35 – 44	50	22	1.84	0.76 – 4.5	0.13
45 ó más	21	17	1.00		
Frecuencia de consumo:					
Diario					
No diario	126	58	1.48	0.89 – 2.5	0.11
	69	47			
Vía administración					
Fum. Inh. Iny. ^a	25	17	1.74	0.56 – 5.4	0.28
Fum. o Iny. ^b	16	7	2.20	0.70 – 10.7	0.09
Inyectada	58	33	2.08	0.76 – 5.7	0.11
Untada*	34	14	2.87	0.93 – 9.0	0.03
Inhalada	50	20	2.95	1.03 – 8.6	0.02
Fumada	11	13	1.00		

^a Fumada-Inhalada-Inyectada

^b Fumada o Inyectada

* en mucosas

** Usuarios de otras drogas

Para “Depresión o tristeza”, no se observaron asociaciones significativas (Cuadro 24), en cambio los usuarios de cocaína mostraron más del doble de probabilidad de cometer Intento de suicidio con respecto a los no usuarios y entre ellos, fue mayor el riesgo de quienes tenían entre 19 y 34 años, y su principal vía de administración fue fumada o inyectada. (Cuadro 25). También se observó que ser usuario de cocaína, mujer y tener entre 15 a 34 años, se asocia significativamente a un comportamiento agresivo. (Cuadro 26)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 24. Análisis bivariado para depresión o tristeza

VARIABLE	Caso	No caso**	RMc	I.C.95%	p
Vía Administración					
Fumada- Inhalada- Inyectada.	28	14	1.20	0.37 – 3.87	0.73
Fumada o Inyectada	19	4	2.85	0.62 – 13.89	0.12
Inyectada	71	20	2.13	0.70 – 6.18	0.12
Untada	38	10	2.28	0.68 – 7.70	0.13
Inhalada	56	14	2.40	0.78 – 7.42	0.08
Fumada	15	9	1.00		

** Usuarios de otras drogas

CUADRO 25. Análisis bivariado para el intento de suicidio

VARIABLE	Caso	No Caso**	RMc	I.C.95%	p
Usuario de cocaína					
Sí	86	138	2.49	1.28 – 4.91	0.003
No	15	60			
Grupo de edad					
15 – 18	6	20	1.13	0.29 – 4.34	0.84
19 – 25	29	46	2.36	0.88 – 6.50	0.05
26 – 34	34	54	2.36	0.90 – 6.36	0.05
35 – 44	24	48	1.88	0.69 – 5.23	0.17
45 ó más	8	30	1.00		
Vía administración					
Fum. inh. iny. ^a	19	23	3.14	0.88 – 11.83	0.04
Fum. o iny. ^b	12	11	4.15	0.98 – 18.43	0.02
Inyectada	32	58	2.10	0.65 – 7.13	0.17
Untada	8	40	0.76	0.19 – 3.13	0.74
Inhalada	25	45	2.11	0.64 – 7.39	0.18
Fumada	5	19	1.00		

^a Fumada-inhalada-inyectada

^b Fumada o inyectada

** Usuarios de otras drogas

TESIS CON
FALLA DE CUBREN

CUADRO 26. Variables asociadas al comportamiento agresivo

VARIABLE	Caso	No caso**	RMc	I.C.95%	P
Usuario de cocaína					
Sí	151	74	3.06	1.73 - 5.44	0.00
No	30	45			
Sexo					
Mujer	37	10	2.80	1.26 - 6.25	0.00
Hombre	144	109			
Grupo de edad					
15 - 18	18	8	3.09	0.96 - 10.22	0.03
19 - 25	45	30	2.06	0.87 - 4.93	0.07
26 - 34	62	27	3.16	1.34 - 7.5	0.00
35 - 44	40	32	1.72	0.72 - 4.11	0.18
45 ó más	16	22	1.00		

** Usuarios de otras drogas

V.6. TIPOLOGÍAS DE USUARIOS DE COCAÍNA: DEFINICIÓN DE LOS TIPOS

Uno de los principales objetivos de esta tesis fue construir las tipologías de los usuarios de cocaína con el fin de identificar su perfil de acuerdo a su consumo de cocaína. Para construir estas tipologías se realizó una caracterización de cada una de las entrevistas a través de la selección de un número extenso de atributos (contexto del consumo, motivo del uso, frecuencia, vía de administración, derivado principal de la cocaína) Esta selección dio un perfil inicial de los entrevistados, y posteriormente se analizaron características de acuerdo a inicio del consumo, consecuencias, dependencia y características sociodemográficas con el propósito de establecer grados de relevancia y seleccionar cuales proveen más información. El método que se siguió y las variables que se eligieron para construir las tipologías se describen en el capítulo de metodología.

Los resultados del estudio permitieron identificar cuatro tipos (Cuadro 27)

Tipo I. Es el grupo en donde se concentró el 27% de la muestra entrevistada (60 usuarios). Este grupo se caracteriza por usar polvo de cocaína y crack; consumirlo en su casa o en ambiente de fiestas motivado por sus efectos placenteros o por ningún motivo en especial.

Tipo II. Este tipo constituye el 34% de la muestra (76 sujetos), el ambiente donde la usan suele ser su casa o sus lugares de trabajo. La usan especialmente con amigos o pareja. Su motivo principal de consumo es la dependencia y problemas y el tipo de derivado que más utilizan es el clóhidrato de cocaína en forma inhalada o inyectada.

Tipo III. Este grupo esta constituido por 39 usuarios de cocaína (17%), se caracteriza por que su consumo se da en los picaderos (lugares donde se reúnen los adictos a consumir y compartir la droga y suelen ser casas abandonadas o terrenos baldíos), el consumo lo hacen con sus "compas". La principal motivación para el uso es su dependencia y la presión de amigos. El derivado que utilizan es speedball y/o cocaína en polvo con una frecuencia de consumo a diario y su principal vía de administración es inyectada.

Tipo IV: Este grupo esta compuesto por 49 individuos, que representa el 22% de la muestra. Se caracteriza por utilizar la cocaína en picaderos y en cualquier sitio. Su consumo es preferentemente en compañía de amigos o solos. El motivo por el cual la usan es por sus efectos placenteros, depresión o por ningún motivo en especial. La frecuencia de consumo es diario, y su principal vía de administración es inyectada e inhalada.

CUADRO 27. Tipologías de usuarios de cocaína y características de su consumo.

Características del Consumo	TIPOLOGÍAS			
	I n=60	II n=76	III n= 39	IV n= 49
Lugar de consumo	Casa, Fiestas	Casa, Trabajo	Picaderos	Picaderos, Cualquier sitio
Compañía	Amigos y solos	Amigos y pareja	"Compas"	Amigos y solo
Motivo para usarla habitualmente	Ninguno y Efectos placenteros	Dependencia y Problemas	Dependencia y Presión del grupo	Ninguno, Efectos placenteros y Depresión
Frecuencia	Diario y fin de semana	Diario y fin de semana	Diario	Diario y Fin de semana
Vía de administración	Inyectada e Inhalada	Inhalada e Inyectada	Inyectada	Inyectada e Inhalada
Derivado de preferencia	Polvo de coca y Crack	Polvo de coca	Polvo de coca y Speed-ball	Polvo de coca y Speed-ball

Descripción sociodemográfica de los usuarios

Tipo I: La mediana de la edad actual en este tipo fue de 27.5 años encontrando usuarios desde los 16 hasta los 50 años de edad; el 75% son menores de 35 años y en él se agrupó el mayor número de mujeres adictas a la cocaína. (26.7%)

En este grupo se concentró la mayor proporción de católicos. Asimismo agrupa la mayor proporción de solteros o separados (75%). Más de la mitad (56.7%) tenían algún tipo de trabajo. La mediana de años de escolaridad fue de siete años; la mitad de ellos tenían la primaria terminada, y nueve de cada diez concluyeron la educación media superior. (Cuadro 28)

Tipo II: El 75% por ciento de los entrevistados de este grupo tenían entre 16 y 35 años de edad, la mediana en este grupo fue de 26 años y fue donde se encontró a los usuarios de más de 50 años. Este tipo fue el segundo en agrupar el mayor porcentaje de mujeres (22.4%). Y donde se concentró la mayor parte de cristianos (51.3%). Cinco de cada diez no tenían ocupación remunerada.

El 50% de los de los usuarios de este grupo tenía primaria completa (mediana de 6 años), sin embargo se encontraron que 2.6% no tenían educación formal hasta 5% que cursaron hasta un nivel de licenciatura. (Cuadro 28)

Tipo III: La mediana de edad de este grupo fue de 28 años, con un rango desde los 16 hasta 49 años. Una cuarta parte de ellos tenían menos de 25 años y al igual que en los tipos anteriores la mayoría fueron varones (87.2%).

En el ambiente social de estos sujetos se encontró que 1 de cada 10 no profesa ninguna religión, el resto se agrupó similarmente entre cristianos y católicos. En cuanto a su estado civil este grupo concentra la mayor proporción de casados (33.3%). Cerca de la mitad de estos (48.7%) dijeron tener algún tipo de empleo. En este grupo la mediana de años de escolaridad fue de 7 años. (Cuadro 28)

Tipo IV: La mediana de edad de los sujetos de este grupo fue de 18 años. En este tipo se encontró a los usuarios de menor edad (6% con menos de 18 años). La edad en estos individuos varió entre los 15 a 43 años. Asimismo fue donde se encontraron la mayor proporción de varones.

En este tipo fue donde se encontró a la mayoría de los que no profesan ninguna religión (22.4%) así como la mayor proporción de solteros (71.5%) y en donde el 57.1% dijeron tener algún tipo de ocupación, que es difícil clasificar por la informalidad de esta.

En relación con sus años de escolaridad en este grupo la mediana fue de seis años y a diferencia de los anteriores el máximo de años de estudio fue de 13 años mientras que en los anteriores llego incluso hasta los 17 años. (Cuadro 28)

CUADRO 28. Tipologías de usuarios de cocaína y características sociodemográficas.

Características Sociodemográficas	TIPOLOGÍAS				Total* n=224
	I n=60	II n=76	III n=39	IV n=49	
Edad (Mediana)	27.5	26.0	28.0	28.0	27.0
Sexo					
Femenino	26.7	22.4	12.8	10.2	19.2
Masculino	73.3	77.6	87.2	89.8	80.0
Religión					
Católicos	43.3	36.8	43.6	34.7	39.3
Cristianos	38.3	51.3	46.2	42.9	45.1
Sin Religión	18.3	11.8	10.3	22.4	15.6
Estado civil					
Casados y Unión Libre	25.0	30.3	33.3	28.5	29.0
Solteros y Separados	75.0	69.7	66.6	71.5	71.0
Ocupación					
Sí	56.7	48.7	48.7	57.1	52.7
No	43.3	51.3	51.3	42.9	47.3
Escolaridad (Mediana)	7.0	6.0	6.0	7.0	6.0

*No se encontraron diferencias estadísticamente significativas al comparar cada tipo con la población total entrevistada

Tipologías: descripción del inicio del uso de cocaína

El contexto en la que la mayoría de los entrevistados iniciaron el consumo de cocaína, junto con las expectativas y curiosidad que ellos sentían para usarla, es un terreno fértil para entender la evolución y uso posterior de este tipo de droga.

Tipo I: La mediana de la edad de inicio en los usuarios de este grupo fue 19 años, la edad mínima de inicio fue a los 10 años y la máxima a los 40. La principal vía de administración fue inhalada. El inicio se dio principalmente en el círculo de amigos y el sitio de elección para el 66% de ellos fue su casa o la de otra persona. La mayoría se encontraba en un ambiente de fiesta y más de una cuarta parte refiere haber estado sin realizar ninguna actividad, el principal motivo para iniciarla fue como entre los demás grupos la curiosidad. Siete de cada diez la obtuvieron invitada o regalada la primera

ocasión. Las drogas de inicio de estos individuos fueron tabaco, alcohol y marihuana, principalmente y se encontró en este grupo a un sujeto que inició con heroína. (Cuadro 29)

Tipo II: El 50% de los sujetos de este grupo iniciaron el consumo de cocaína a los 19.6 años, y 75% antes de los 21 años de edad. La vía de administración en siete de cada diez fue la inhalada. La mayor parte (71%) iniciaron el consumo en compañía de amigos y 11.8% con su pareja. El lugar que eligieron para usarla fue en su casa o la de otra persona (56.6%) y 22.4% en la calle. Casi seis de cada diez iniciaron el consumo en un ambiente de fiesta. El principal motivo de inicio fue la curiosidad y 12.2% para mantenerse alerta. Sus drogas de inicio fueron principalmente tabaco, alcohol, marihuana e inhalables y uno de ellos inicio su consumo de drogas con la cocaína. (Cuadro 29)

Tipo III: La mediana de la edad de inicio fue a los 18 años, la edad mínima en este grupo fue a los 10 y la máxima a los 40 años, sin embargo el 75% empezó a usar la cocaína antes de los 26 años. La vía de administración se polarizo entre la intranasal e inyectada. Al igual que en los grupos anteriores el inicio se dio con amigos, en su casa o la de otra persona, sin embargo 35.9% reportaron también la calle. La actividad que realizaban era en un ambiente de fiesta o de ninguna actividad, los motivos principales fueron curiosidad, mantenerse alerta y presión del grupo. La mayoría la obtuvieron regalada o por invitación Sus drogas de inicio fueron, tabaco, alcohol, marihuana, inhalables y en este grupo se encontró el segundo sujeto que inicio su consumo de drogas con cocaína. (Cuadro 29)

Tipo IV: La mediana de la edad de inicio del uso de la cocaína fue de 18 años, con una variación de 13 a 40 años. Iniciaron principalmente por vía intranasal y 28.6% inyectada, el 74% inicio el consumo con amigos, en la casa de otra persona o bien en la calle. Más de la mitad inicio el uso de esta droga en una fiesta y 28.6% en la ociosidad. Casi nueve de cada diez inicio el consumo por curiosidad, obteniéndola como invitación o regalada por otra persona (65.3%). Sus drogas de inicio fueron el tabaco, alcohol, marihuana, inhalables y pastillas. (Cuadro 29)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 29. Tipologías de usuarios de cocaína e inicio de su consumo

Características de su inicio	TIPOLOGÍAS			
	I n=60	II n=76	III n=39	IV n=49
Edad de inicio (mediana)	19.0	19.6	18.0	18.0
Vía de administración				
Fumada	3.3%	6.6%	---	4.1%
Inhalada	66.7%	72.4%	53.8%	67.3%
Inyectada	30.0%	21.1%	46.2%	28.6%
Compañía				
Parientes	15.3%	10.5%	12.8%	10.2%
Pareja	8.5%	11.8%	5.1%	4.1%
Amigos	62.7%	71.1%	69.2%	73.5%
Solo	13.6%	6.6%	12.8%	12.2%
Lugar de consumo				
Casa	66.1%	56.6%	46.1%	38.7%
Bar, antro, fiesta	17.0%	7.8%	2.6%	14.3%
Trabajo	--	9.2%	10.3%	6.1%
Calle	16.9%	22.4%	35.9%	30.6%
Picadero	--	3.9%	5.1%	10.2%
Ambiente				
Fiesta	66.1%	59.1%	43.6%	51.0%
Trabajo	6.8%	14.5%	17.9%	20.4%
Ninguna actividad	27.1%	26.3%	38.4%	28.6%
Motivo de Inicio				
Curiosidad	81.7%	74.3%	71.8%	89.8%
Presión de grupo	8.3%	6.8%	10.3%	4.1%
Mantenerse alerta	6.7%	12.2%	10.3%	2.0%
Problemas personales	3.3%	6.8%	7.7%	4.1%
Forma de obtención				
Regalada/invitada	76.0%	77.6%	61.6%	65.3%
Comprada	24%	23.4%	38.4%	34.7%
Droga de Inicio				
Tabaco	43.3%	50.0%	46.2%	51.0%
Alcohol	25.0%	22.4%	20.5%	28.6%
Marihuana	20.0%	10.5%	12.8%	14.3%
Inhalables	5.0%	10.5%	10.3%	4.1%
Pastillas	5.0%	5.3%	5.1%	2.0%
Heroína	1.7%	--	2.6%	--
Cocaína	--	1.3%	--	--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Tipología: Efectos, dependencia, y problemas de salud por el consumo de cocaína

Tipo I: En este grupo se concentraron los sujetos con menor tiempo de consumo ya que 32% de ellos tenían menos de un año, y el máximo fue de 5 años (2.1%). Asimismo fue donde se registro la menor proporción de sujetos con dependencia a la cocaína y acorde con esto, fue donde se presentaron junto con el tipo cuatro los menores grados de severidad a esta sustancia. Dentro de los problemas de salud autorreportados fueron los de salud mental los que más se reportaron (98.3%), sin embargo, en el resto de los padecimientos es el grupo con menores proporciones excepto en sobredosis donde 32.2% mencionaron al menos un episodio. (Cuadro 30)

Tipo II: La mediana del consumo de cocaína al igual que en todos los grupos fue de un año sin embargo, en este tipo fue donde se concentró los sujetos con más tiempo de consumo, desde aquellos con menos de un año hasta 29 años, aunque el 75% de los sujetos tenía menos de 3 años de exposición. De los 76 individuos de este conglomerado, 90.8% cumplieron con criterios de dependencia y de estos, 85.5% presentaron una dependencia severa. Con respecto a los problemas de salud autorreportados este es el tipo donde se reporta más problemas en su conjunto destacando los respiratorios, gastrointestinales, problemas sexuales y accidentes. (Cuadro 30)

Tipo III: El tiempo de exposición del consumo de cocaína de este grupo fue desde menos de uno hasta 11 años. De los 39 individuos de este grupo, el 94.9% presentaron tres o más criterios de dependencia, lo que los ubica como el grupo con mayor número de dependientes. Con relación a la severidad de ésta, fue el grupo con la mayor proporción de casos severos. Los principales problemas de salud en este grupo fueron los neurológicos, de salud mental y accidentes. Y es el grupo donde se reportaron la mayor proporción de sobredosis. (Cuadro 30)

Tipo IV: El 89.8% de los individuos que conformaron este tipo cumplieron con los criterios de dependencia (3 o más síntomas), de ellos solamente el 77.3% % presentaron dependencia severa. Con respecto a los problemas de salud autorreportados fue el grupo donde se presentaron principalmente problemas cardiovasculares y de músculo y piel. (Cuadro 30)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 30. Tipologías de usuarios de cocaína y daños a la salud

Daños a la Salud	TIPOLOGÍAS			
	I n=60	II n=76	III n=39	IV n=49
Tiempo de exposición al consumo (mediana)	1.0	1.0	1.0	1.0
Cardiovascular	51.7%	55.3%	59.0%	63.3%
Respiratorio	51.7%	63.2%	51.3%	46.9%
Gastrointestinal	86.7%	88.2%	76.9%	85.7%
Neurológico	70.0%	76.3%	79.5%	69.4%
Músculo y Piel	40.0%	50.0%	48.7%	51.0%
Problemas Sexuales	36.7%	42.1%	25.6%	34.7%
Salud Mental	98.3%	96.1%	97.4%	93.9%
Accidentes	66.7%	58.7%	61.5%	73.5%
Sobredosis	32.2%	32.0%	38.5%	26.5%
Dependencia	88.3%	90.8%	94.9%	89.8%
Grado de dependencia				
Leve	3.8%	1.4%	--	4.5%
Moderada	22.6%	13.0%	10.8%	18.2%
Severa	73.6%	85.5%	89.2%	77.3%

Tipología: Niveles de percepción, satisfacción y barreras de atención en el centro de tratamiento

Los diferentes problemas de salud de estos usuarios los ha condicionado a demandar atención en los servicios de salud de Ciudad Juárez encontrando que de acuerdo a la tipología de usuarios de cocaína se encontró lo siguiente:

Tipo I: La mayoría de estos sujetos demandaron atención en algún servicio de salud en donde casi 8 de cada diez fue en un servicio de urgencias y de hospitalización y 41 de ellos (68.3%) acudieron a tratamiento especializado. La manera como percibieron este servicio fue que el centro de tratamiento es funcional, la mayoría percibe un trato amable y cordial. Ocho de cada diez solicitarían de nuevo atención en ese lugar y 87.5% lo recomendarían. La principal barrera que señalan es que el lugar esta alejado y si bien prácticamente ninguno paga por la atención 14.6% señaló un pago de menos de 200 peso. (Cuadro 31 y 32)

Tipo II: De los 76 sujetos de este grupo, el 94.7% ha recibido algún tipo de atención siendo principalmente por servicios de urgencia (38.2%) asimismo sesenta de ellos (78.9%) acudieron a atención especializada. Sobre la forma como perciben el centro de tratamiento el 26.7% considera que es malo y faltan recursos aunque 91.7% percibe el trato que recibieron como amable y cordial pero solamente 66.7% regresaría a tratamiento y ocho de cada diez lo recomendaría. La principal barrera de acceso fue la lejanía del centro no así el costo ya que 71.7% no pagaron por este servicio, sin embargo cabe resaltar que 6.7% pagaron más de 1000 pesos por el tratamiento siendo esta la mayor proporción registrada entre los grupos. (Cuadro 31 y 32)

Tipo III. En este grupo 92.3% demandaron atención en algún servicio de salud ubicando en este grupo a los que solicitaron con mayor frecuencia atención hospitalaria y de urgencias. De estos sujetos, 32 de ellos (82.1%) acudió a un centro de tratamiento especializado para consumo de drogas. La percepción que ellos tuvieron de la atención en estos sitios fue que el centro es funcional, con trato amable y cordial y son los que presentaron mayor nivel de satisfacción con la atención ya que la mayoría solicitaría de nuevo el servicio y lo recomendaría a otros. La mitad de ellos sin embargo perciben que el centro esta alejado lo cual puede ser una barrera para el tratamiento. (Cuadro 31 y 32)

Tipo IV. En este grupo se ubicaron los individuos con menos demanda de atención a un servicio de salud (83.7%) de ellos, la principal demanda fue a un servicio de urgencias y en mucha menor proporción para atención hospitalaria. Asimismo solamente el 69.4% (n=34) acudieron a atención especializada. La percepción que manifestaron de este tratamiento aunque en su mayoría considera el centro en buenas condiciones, 17.6% lo percibe regular aunque todos califican el trato recibido como amable. Sus niveles de satisfacción con relación de la atención recibida son buenos al considerar el 87.9% demandar de nuevo el tratamiento y casi todos lo recomendarían a otros. En este grupo el 35% perciben el centro cercano lo que disminuye la barrera de acceso. (Cuadro 31 y 32)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 31. Demanda de atención de servicios de salud según tipología de consumo

Uso de servicios de salud	TIPOLOGÍAS			
	I n=60	II n=76	III n=39	IV n=49
Ninguno	10.0	5.3	7.7	16.3
Si acudió	90.0	94.7	92.3	83.7
Acudió a un servicio de urgencia				
Si	23.3	38.2	46.3	38.8
No	76.7	61.8	56.4	61.2
Acudió a hospitalización				
Si	23.3	22.4	30.8	18.4
No	76.7	77.6	69.2	81.6
Acudió a atención especializada				
Si	68.3	78.9	82.1	69.4
No	31.7	21.1	17.9	30.6

CUADRO 32. Niveles de percepción, satisfacción y barreras en usuarios que demandan atención especializada según tipología de consumo

Percepción	TIPOLOGÍAS			
	I n=41	II n=60	III n=32	IV n=34
En que condiciones esta el centro				
Muy bien	14.6	8.3	9.4	8.8
Funcional	65.9	51.7	68.8	67.6
Regular	4.9	13.3	9.4	17.6
Malo/ faltan recursos	14.6	26.7	12.5	5.9
Trato que recibió				
Amable y cordial	97.6	91.7	96.9	100.0
Regular	2.4	8.3	3.1	
Satisfacción				
Solicitaría atención en mismo lugar				
Si	80.5	66.7	96.9	87.9
No	19.5	33.3	3.1	12.1
Recomendaría el lugar				
Si	87.5	80.0	96.9	97.1
No	12.5	20.0	3.1	2.9
Barreras de acceso				
El lugar donde lo atendieron se encuentra:				
Cerca	19.5	25.0	18.8	35.3
Regular	26.8	21.7	12.5	20.6
Lejos	34.1	38.3	50.0	26.5
Muy lejos	19.5	15.0	18.8	17.6
Barreras de servicio				
Costo de la atención				
Ninguno	61.0	71.7	81.3	73.5
Menos de 200 pesos	14.6	8.3	9.4	17.6
200 a 1000 pesos	7.3	6.7	6.7	2.9
Más de 1000 pesos	4.9	6.7	3.1	2.9
No sabe	12.2	6.7	6.3	2.9

Con base en el análisis de conglomerados, fue posible identificar los cuatro tipos descritos anteriormente, sin embargo existen ciertas características que nos permitirían agruparlos en dos conglomerados que de acuerdo al dendograma el tipo I y IV forman un grupo y el tipo II y III el otro. (Anexo 8)

Con relación al primer grupo (tipo 1 y 4) se caracterizan por ser usuarios de cocaína de casi todas sus presentaciones, es decir, como polvo, crack y *speed ball* por vía inyectada o inhalada. La usan en ambientes de fiesta, en casa y cualquier sitio que se presente la oportunidad del consumo en la compañía de amigos o bien solos y motivados por la búsqueda de los efectos placenteros o por sentirse deprimidos. La frecuencia de consumo es a diario o los fines de semana. Asimismo son los que reportan menor frecuencia de problemas de salud y en donde se concentran la menor frecuencia de dependientes a la cocaína y de ellos el grado de dependencia va desde leve, hasta severa.

El segundo grupo constituido por los tipos II y III se caracteriza por tratarse de usuarios de cocaína en polvo o bien *speed ball*, inhalada e inyectada principalmente con una frecuencia predominante a diario. Los sitios donde la usan es en las casas, trabajo o picaderos en compañía de sus "compas" siendo el motivo principal para usarla por la dependencia a la droga y presión del grupo de pares. En este grupo se reportan con mas frecuencia los problemas de salud y la mayoría cumple con los criterios de dependencia siendo principalmente de grado moderado a severo.

V.7. DISPARADORES, BARRERAS Y UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD ENTRE LOS CONSUMIDORES DE COCAÍNA

Con base en lo descrito hasta aquí, resulta evidente que esta población requiere de la utilización de los servicios de salud. Aún cuando la literatura refiere que los usuarios de cocaína generalmente no recurren a este servicio, en este estudio se observó que 204 usuarios (90.7%) sí habían buscado atención médica por los daños derivados de su consumo y sólo 21 no. Entre quienes habían acudido y quienes no, se encontró que no hubo diferencias significativas por sexo, edad, dependencia o tiempo de exposición.

La atención solicitada durante los últimos cinco años a servicios de urgencias, fue hecha por 79 usuarios, siendo ésta principalmente realizada por hombres ($p=0.00$). La mayoría acudió a los hospitales de la Secretaría de Salud y Cruz Roja (29.1%), una quinta parte a un servicio privado, 17.7% al IMSS; 2.5% al servicio de pensiones civiles de Ciudad Juárez. El motivo principal por el cual ingresaron fue por accidentes (92.4%) y un gran porcentaje de ellos estaba bajo la influencia de drogas (83.5%)

Ante la solicitud de atención en el servicio de urgencias, 83.8% sí recibió respuesta, 14.9% fue hospitalizado y uno de ellos refirió enfáticamente que no recibió ningún tipo de atención. Entre quienes sí fueron atendidos, al 27% se le realizó algún tipo de examen de laboratorio y 19% fue canalizado a otro lugar para continuar su atención.

La percepción de los usuarios acerca del sitio en donde fueron atendidos, en general fue buena, sólo 12.7% lo consideró malo. El trato que recibieron por parte de los prestadores del servicio, también fue considerado en su mayoría como cordial y amable, sin embargo 15.3% lo consideró grosero, indiferente y hasta discriminante. (Cuadro 33)

Con respecto al nivel de satisfacción de los usuarios, el 84.8% dijo estar dispuesto a solicitar atención en el mismo lugar en caso necesario y 83.5% dijo que sí recomendaría este servicio. (Cuadro 33)

Cuando se quiere evaluar la calidad del servicio que se presta a los usuarios, es importante estudiar el tipo de barreras a las que se enfrentan. Para ello fueron consideradas aquellas referentes a la accesibilidad y al servicio. Entre las primeras se consideró la distancia y tiempo de traslado y entre las segundas el tiempo de espera y el costo de la atención.

Con respecto a la distancia, aproximadamente la mitad dijo que les quedaba lejos y 17.7% la consideró como regular, sin embargo más del 70% de los usuarios tardó menos de 30 minutos en llegar. Por otro lado, con respecto al tiempo de espera, la mayoría afirmó que los atendieron de inmediato aunque hubo quien tuvo que esperar más de dos horas. El costo de la atención, según mencionó casi la mitad de ellos, no pagaron ninguna cuota, 10.1% cubrió un monto menor a 400 pesos y 34% no supo el costo de su atención. (Cuadro 33)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 33. Niveles de percepción, satisfacción y barreras en usuarios que demandan atención en servicios de urgencias.

Percepción	n	%
Lugar donde lo atendieron:		
Buena	57	72.2
Regular	11	13.9
Mala	10	12.7
No responde	1	1.3
Trato que recibió		
Amable y cordial	61	77.2
Grosero, indiferente, rechazo	12	15.3
Regular	6	7.6
Satisfacción		
Solicitaría atención en mismo lugar		
Si	67	84.8
No	12	15.2
Recomendaría el lugar		
Si	66	83.5
No	13	16.5
Barreras de acceso		
El lugar donde lo atendieron se encuentra:		
Cerca	29	36.7
Regular	14	17.7
Lejos	36	45.6
Tiempo que tardó para llegar		
5 a 15 minutos	29	36.7
16 a 30 minutos	30	38.0
31 a 60 minutos	5	6.3
Más de una hora	6	7.6
No recuerda	9	11.4
Barreras de servicio		
Tiempo de espera		
Inmediatamente	38	48.1
Menos de 30 minutos	20	25.3
31 a 120 minutos	4	5.1
Más de 2 horas	7	8.9
No recuerda	10	12.6
Costo de la atención		
Ninguno	36	45.5
Menos de 400 pesos	8	10.1
401 a 1000 pesos	4	5.1
Más de 1000 pesos	4	5.1
No sabe	27	34.3

* No hubo diferencias estadísticamente significativas por edad o sexo en ninguno de los porcentajes a través de la prueba de χ^2 .

Del total de usuarios que sí habían solicitado atención en los últimos cinco años, 53 fueron hospitalizados como respuesta a su búsqueda, de ellos 71.2% fueron hombres y el resto mujeres. La mayor parte (42.3%) acudió a un hospital privado, seguido de la Secretaría de Salud (26.9%) y 23.1% al IMSS. El 48.1% de ellos fueron referidos del servicio de urgencias, 23.1% por un tratamiento o cirugía programada y 17.3% por parto, 9.6% por sobredosis y un caso (1.9%) para desintoxicarse.

Asimismo, entre los que solicitaron atención médica, 32.7% fueron intervenidos quirúrgicamente y un sujeto señaló que no lo atendieron. Al 73% se le practicó algún tipo de examen de laboratorio o gabinete y 84.6% fue referido a otro lugar para continuar con su atención.

En cuanto a la percepción del trato que recibieron y del lugar donde estuvieron hospitalizados, en general comentaron que el trato fue amable y cordial, pero ocho de ellos lo sintió discriminante o de rechazo. Acerca del lugar opinaron que era bueno, únicamente 5.8% lo consideró malo. Igualmente parece que su nivel de satisfacción fue adecuado, pues la mayoría respondió que volverían a solicitar atención en el mismo lugar y lo recomendarían a otros usuarios. (Cuadro 34)

Con relación a la accesibilidad geográfica, la mitad de ellos consideró que les quedaba lejos y en cuando a costos, 31% dijeron no haber tenido que pagar el servicio, 23.1% pagó entre 1000 y 3000 pesos y hubo un gran porcentaje (19.2%) que no supo el monto de su atención. (Cuadro 34)

CUADRO 34. Percepción, satisfacción y barreras en demanda de atención hospitalaria

Percepción	N	%
Lugar donde lo atendieron:		
Bueno	39	75.0
Regular	10	19.2
Malo	3	5.8
Trato que recibió		
Amable y cordial	44	84.6
Grosero, indiferente, rechazo	8	15.4
Satisfacción		
Solicitaría atención en mismo lugar		
Si	45	86.5
No	7	13.5
Recomendaría el lugar		
Si	44	84.6*
No	8	15.4
Barreras de acceso		
El lugar donde lo atendieron se encuentra:		
Cerca	20	38.5
Regular	6	11.5
Lejos	26	50.0
Barreras de servicio		
Costo de la atención		
Ninguno	16	31.0
Menos de 1000 pesos	9	17.2
1000 a 3000 pesos	12	23.1
Más de 3000 pesos	5	9.5
No sabe	10	19.2

*Hubo diferencias significativas por sexo; prueba exacta de Fisher; $p \leq 0.05$

Resultaba importante identificar entre nuestros 225 usuarios de cocaína, quiénes habían solicitado tratamiento especializado por su consumo, así como las características que poseían estos individuos; así se observó que 77.8% lo había hecho y el resto no. Los primeros habían utilizado este servicio entre dos y quince veces, cuando lo solicitaron por primera vez fue en promedio a los 26 años, aunque hubo quienes lo hicieron desde los 13 y otros hasta los 50 años de edad. También llamó la atención que un alto porcentaje (75%) ha intentado algún método para controlar su adicción durante los cinco años previos a la realización de la entrevista y el apoyo para lograr su propósito ha provenido principalmente de Centros Cristianos (79.2%), Organizaciones no gubernamentales (10.1%) y Centros Católicos (4.8%). La Clínica de Metadona y los Centros de Integración Juvenil únicamente albergaron al 6% de los usuarios cuando pretendieron dejar su adicción.

A propósito del intento de dejar la adicción o como dicen ellos "limpiarse", también se indagó acerca de los motivos que los llevaron a tomar tal decisión, encontrándose que el 62.5% dijo que fue por decisión propia, ya sea porque reconocían su problema de adicción (69%) o porque les había provocado problemas familiares (23.2%) o por invitación y promoción de los mismos centros de tratamiento (7.7%). Otros dijeron que porque "los llevaron sus amigos o familiares", aunque hubo unos más (1.2%) que acudió por indicación legal o médica, estas respuestas fueron similares tanto en hombres como en mujeres y tampoco variaron significativamente con respecto a los grupos de edad.

A estos usuarios, que tenían ya la experiencia de haber recibido tratamiento en alguna ocasión, les solicitamos información sobre el tipo de tratamiento al que se sometieron, a lo que 43% respondió que se les administraba algún medicamento, principalmente antidepresivos y tranquilizantes (59.4%) o con base en medicina natural y suero (27.5%), y el resto no supo precisar el tipo de medicamento que se le administró. Prácticamente a ninguno de ellos se le realizó algún examen de laboratorio o gabinete para monitorear su evolución y sin embargo un alto porcentaje de los usuarios consideraron que el tratamiento fue bueno (68.9%), otros lo calificaron como regular (21.5%) y un porcentaje menor (9.6%) lo clasificó como malo.

También en ellos se averiguó acerca de su opinión con respecto a las condiciones del lugar, el trato, su grado de satisfacción, así como las barreras de acceso y servicio que pudieran haber percibido.

Al lugar, la mayoría lo consideró funcional y con lo necesario, sin embargo hubo quienes opinaron que era malo y que además hacían falta recursos. El trato que recibieron por parte de los prestadores de servicio, la gran mayoría lo calificó como amable y cordial, pero el resto lo percibió regular. La gran mayoría (80.2%) sí solicitaría atención en el

mismo lugar en caso de requerirlo y también un porcentaje elevado (88.6%) recomendaría el lugar. (Cuadro 35)

El 37.1% consideró que el centro de tratamiento se encontraba alejado y un 17.4% inclusive lo calificó como "muy alejado", y en cuando al costo 71.4% no hizo ningún pago, 11.9% dijo haber pagado hasta 200 pesos, 7.7% pagó entre 200 y 1000 pesos, y 8.8% no supo el costo de su tratamiento. (Cuadro 35)

Finalmente, llamó la atención que no todos ellos ingresaban al tratamiento con la idea de dejar de consumir la droga, ya que hubo un 15.6% que dijo que su intención era disminuir los síntomas de la abstinencia o la "malilla". (como ellos le llaman)

CUADRO 35. Niveles de percepción, satisfacción y barreras en usuarios que demandan atención especializada

Percepción	N	%
En que condiciones esta el centro		
Muy bien	17	10.1
Funcional	104	61.9
Regular	19	11.3
Malo/ faltan recursos	28	16.7
Trato que recibió		
Amable y cordial	161	95.8*
Regular	7	4.2
Satisfacción		
Solicitaría atención en mismo lugar		
Si	134	80.2*
No	33	19.8
Recomendaría el lugar		
Si	148	88.6
No	19	11.4
Barreras de acceso		
El lugar donde lo atendieron se encuentra:		
Cerca	41	24.6
Regular	35	21.0
Lejos	62	37.1
Muy lejos	29	17.4
Barreras de servicio		
Costo de la atención		
Ninguno	119	71.3
Menos de 200 pesos	20	12.0
200 a 1000 pesos	8	4.8
Más de 1000 pesos	8	4.8
No sabe	12	7.2

* Hubo diferencias significativas por sexo; prueba exacta de Fisher; $p \leq 0.05$

V.8. APRECIACIÓN SOBRE LA RESPUESTA DE LOS SERVICIOS DE SALUD ANTE EL PROBLEMA DEL CONSUMO, PERSPECTIVA DEL USUARIO Y DEL PRESTADOR DEL SERVICIO

Resultados de grupos focales

A continuación se presentan los principales resultados recabados con la información proporcionada en los cinco grupos focales.

La descripción de los procedimientos de selección de los participantes (criterios de inclusión, identificación de participantes, incentivos proporcionados y explicación de la importancia de su participación y de la investigación) se explicó en la sección de Metodología. La duración promedio de cada uno de los grupos focales fue de hora y media.

La técnica utilizada fue el análisis de contenido de la información una vez que estuvo transcrita; de esta manera se identificaron los *temas, categorías e ideas* principales que permitieron responder las preguntas de investigación planteadas en la guía ya expuesta y cumplir con los objetivos. También se dio cabida a *temas, categorías e ideas* no consideradas previamente pero que fueron importantes desde el punto de vista de los participantes.

Aún cuando las percepciones fueron compartidas por los participantes de los tres grupos de usuarios y los dos grupos de prestadores, cada uno proporcionó información específica y dio un aporte concreto al estudio, de acuerdo a su propio punto de vista.

Al inicio de la descripción de cada grupo se describen sus características sociodemográficas y en los tres primeros, una breve descripción de su historia de consumo. El resto de la información se sistematizó en cuadros que resumen las ideas principales de cada categoría, y las citas de los participantes que las sustentan. El orden es el siguiente: a) disparadores y barreras para la utilización de los servicios de salud; b) variables relacionadas con la accesibilidad; c) variables relacionadas con la estructura; d) variables relacionadas con el proceso; e) variables relacionadas con resultados; f) utilización de servicios de salud de acuerdo a necesidades expresadas y al nivel de dependencia.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

V.8.1. Perspectiva de los usuarios y usuarias

Primer grupo focal:

Participaron once jóvenes, todos varones, entre 14 y 20 años de edad, ya en proceso de tratamiento y procedentes de centros de atención con enfoques diversos: CECATA, Clamor del Barrio, Alcance Victoria, Benito Juárez, Clínica Integral de Adicciones, Granja Agua Viva y Clínica de Metadona. (Cuadro 36)

Las principales características de los participantes de este grupo fueron:

- Nivel socioeconómico bajo.
- Baja escolaridad.
- Provenir de hogares desintegrados y/o monoparentales.
- Haber migrado a Estados Unidos en busca de aventuras, emociones y drogas.
- Uno informó haber estado en prisiones de Estados Unidos.

Historia de consumo de drogas. La edad de inicio varía entre los siete y los doce años y los principales motivos reportados fueron la desintegración familiar, las “malas compañías” y el “sentirse muy hombre”. Aunque todos son poliusuarios (Cuadro 37), en cinco de once la cocaína fue su droga de inicio y seis la consumen junto con heroína (*speedball*). Las principales vías de administración fueron inhalada e inyectada. Uno menciona que fue en la prisión donde reflexionó sobre su consumo y pidió ayuda.

“Si osea el primer contacto con drogas fue cuando se separaron mis papas, cuando me di cuenta que ya estaba en un problema de drogas, ósea que ya no nomás estaba usando drogas para cotorrear, sino que ya era el consumo de drogas y me estaba exigiendo algunas cosas a mi vida”

“ Cuando empecé a usar drogas yo empecé y a mi me dieron a probar, no que pruébale que acá, y un camarada no le pruebes, y no me querían dar, y yo me aferraba, a era mi, y un le ponía, y luego ya le empecé primero a ponerle a la soda, antes de que me inyectara, a la soda, y luego ya después, y bueno yo empecé desde los 7 años con la marihuana, empecé con pastillas, agua celeste, pega locas, spoot, y luego ya después el agua celeste, y luego la cocaína, cuando empecé con la cocaína, me decían no la uses, no la uses, y yo si, si me aferré, me aferré y luego ya después

empecé a inyectarme, ya cuando me empecé a inyectar cocaína y heroína, yo les decía, ellos me decían, a ti no te pega todavía malilla déjala, y yo les decía que si, si”

La experiencia de búsqueda de ayuda se caracteriza por acercamientos cortos, de entradas y salidas, que pueden durar de uno a tres u ocho días, mientras satisfacen necesidades básicas (comer, dormir, asearse y quitarse la “malilla”¹); aunque este tipo de acercamiento es la conducta más frecuente, también se reportan estancias de varias semanas hasta lograr “quebrar”². La estancia más prolongada mencionada fue de seis meses. La mayoría reporta haber estado en centros de atención cristiana.

Segundo grupo focal:

Participaron ocho varones adultos, entre los 25 y 30 años de edad, también en proceso de tratamiento en centros de atención con orientaciones distintas: Casa de Libertad Bethel, Agua Viva, Benito Juárez, Programa Compañeros y Alcance Victoria (Cuadro 36).

Las principales características de estos participantes fueron:

- Nivel socioeconómico bajo.
- Baja escolaridad.
- Proviene de hogares desintegrados y/o monoparentales, los cuales reproducen cuando forman su propia familia.
- La mayoría migró de otros estados (Guerrero, Distrito Federal) al norte de la república en busca de mejores condiciones de vida e inició su consumo en Estados Unidos.
- Tres de ocho han estado en cárceles de Estados Unidos.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

¹ “Malilla”: Síntomas físicos como diarrea, debilidad, dolor de huesos y escalofrío asociados al síndrome de abstinencia.

² “Quebrar”: Tiempo en el que se recuperan del síndrome de abstinencia; primer paso en el proceso de rehabilitación.

Respecto a la historia del consumo de drogas, reportan edades de inicio semejantes al grupo anterior, entre los 8 y los 15 años. Todos son poliusuarios (Cuadro 37), aunque cabe resaltar que ninguno de ellos inicio su adicción con cocaína, sino con tabaco, alcohol, cemento, tinta, resistol y marihuana. Las principales vías de uso fueron: inhalada, inyectada y fumada. El tiempo de uso de la cocaína varió entre seis y diez años. Tres la consumen junto con heroína (*speedball*).

Entre los motivos iniciales de consumo mencionan las “malas compañías”, pertenecer a redes de venta de cocaína ellos o miembros de su familia, la curiosidad, accidentes que los han dejado mutilados, depresiones infantiles por muertes de personas cercanas y el consumo de la pareja.

“Yo soy de chihuahua, pero me trajeron como a los 4 años, como quien dice soy de Juárez, si ósea yo cuando empecé con la cocaína, hace aproximadamente 10 años, pero yo empecé inhalándola por la nariz, si, nomás que casi yo pienso que lo tiene aquí bastante cuando ya cuando llego aquí la heroína, aproximadamente tiene como unos 8 años, yo pienso porque fue se empezó a desparramar por los barrios, se empezó a mira pues mas, y fue cuando con los que me juntaba, yo iba para que me lavaran el carro también y tanto mirando inyectarse, y miraba algunos así pues arreglados de un modo, otros de otro, verdad, y yo les preguntaba que, que se sentía, cada quien me decía diferente, entonces yo le dije no pues a ver que se siente, para que no cuenten, verdad, y fue cuando empecé a probarla por la vena, ya probándola por la vena, pues ya no se hizo igual por la nariz, ósea no me llamaba la atención, y ahorita, pues aproximadamente tenía 7 años inyectándome, siempre las uso juntas la heroína y la cocaína, siempre la uso juntas”

“Yo le puse a todo el vicio, pero a cuenta mía, le puse al cinco mil, a las pastillas, a la marihuana, pero eso yo lo podría dejar con cuando quería, yo cuando quería no pues lo dejaba, pero cuando probé la heroína, la cocaína esas ya no”

Informan que las primeras experiencias de búsqueda de ayuda con frecuencia pueden durar “horas”, como lo mencionan ellos mismos:

“En la noche eran veinte y en la mañana se van varios”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pero también dicha búsqueda puede durar de uno a ocho días, o bien hasta meses. La estancia más estable varió entre mes y medio hasta dos años. Al igual que los participantes del primer grupo, la mayoría ha logrado estancias de mayor estabilidad en centros de atención cristiana.

Tercer grupo focal:

Participaron nueve mujeres que al momento de brindar sus opiniones no estaban en tratamiento, lo que no significa que en otro momento de sus vidas no hubieran pedido ayuda; todas tenían entre 20 y 30 años de edad, excepto una de 42 años (Cuadro 36).

Sus principales características fueron:

- Vivir en pobreza extrema.
- Sin escolaridad.
- Provenir de hogares desintegrados y en los que fueron víctimas de violencia, tanto de padres como de madres.
- Haber vivido en la calle y en hoteles de paso desde edades muy tempranas. (11 años)
- Haber migrado de otros estados (Hidalgo) y partes del estado (Chihuahua) hacia Ciudad Juárez.
- La mayoría (seis de nueve) ejercen la prostitución como manera de ganarse la vida.
- Probable problema de lenguaje y bajo coeficiente intelectual en una de ellas.
- Dos de ellas han estado en la cárcel.
- Dos de ellas son lesbianas.

Llamó la atención el aspecto deprimente y de sufrimiento en ellas, así como que estaban muy “hambrientas” al momento de realizar el grupo, señas todas de la miseria en la que viven.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Reportan edades de inicio para el consumo de drogas entre los 11 y los 13 años de edad; los motivos de consumo iniciales fueron la violencia intrafamiliar, el vivir en la calle y en hoteles de paso desde muy corta edad, el consumo de sus parejas, amigas o compañeras de trabajo, el tener que salir huyendo de sus ciudades por establecer relaciones con hombres casados y el haber perdido a sus hijos por ejercer la prostitución, para conseguir la droga.

“Yo me vine para acá, aquí vi mucho aquí, fueron mis primeros años así de chiquilla, me salí de mi casa bien chiquililla, mi mamá me pegaba mucho, mi padre, estoy aquí de una vez, me crié en el hotel verde, acá, ahí me crié yo, en el hotel verde”.

“No pues yo sí lo quise mucho, hasta más que a mi hijo y mi madre y lloraba mucho pues tenía como trece años y no más no llegaba a la hora que él me decía y yo lloraba, no quería ni que lo voltearan a ver ni nada; fue él que me dio la primera vez, pero sí lo quise mucho; a lo mejor si lo veo todavía me palparía el corazón”.

“Yo empecé por esto, yo andaba con una persona, entonces ella se inyectaba y yo le dije: ‘si no la dejas, yo también le voy a hacer’, o sea, todo fue como un juego, ¿me entiende?”.

“Yo trabajaba en un bar y me quitaron a mis hijos; y lo que yo buscaba en mis compañeras era que pues si un apoyo moral o un apoyo económico cuando trabajaba yo de bailarina y me drogaba y me dejaron prácticamente sola y eso me dolió en serio y me dormía con una amiga; y le dije que me la pusiera (una sobredosis) porque yo no sabía cómo hacerle; pasé un momento malo, estuve en el hospital y después del hospital le seguí, ya le seguí, ya después me salí de la cantina donde estaba y ya después me fui con las chavas, Verónica también que en paz descanse, y es como conocí a las muchachas”.

Todas son poliusuarias (Cuadro 37); una de ellas reporta haber usado cocaína como droga de inicio a los 16 años y tres la consumen inyectada junto con heroína; las vías de uso principales son inhalada e inyectada. Dos de ellas la consumieron durante sus embarazos y una reporta la muerte de una hija como consecuencia del consumo. Otra menciona que después de intentar dejarla por su embarazo, la recaída fue peor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Yo empecé a los once años con el thinner y luego después de eso con las pastillas, luego con la tinta fuerte, después con el pega rey, luego con otras pastillas y luego a los 16 me puse cocaína y heroína y ya nunca las dejé, desde los 16 años ya nunca las he dejado”.

Al igual que los participantes del grupo dos, reportan que una forma efectiva de “engañarlas” en el consumo es regalarles la droga; para mantener el consumo se involucran en la prostitución:

“Es que primero te regalan y de ahí te tienes que buscarla sola, tienes que conseguir, tienes que vender tus tenis, tus camisa, vender un reloj, tus cosas; ya cuando ya no tienes más, que andas sola en la calle y todo y pues ya tienes que entrarle a la prostitución, cuando ya no hay más que hacer”.

Ellas también han “inducido” a sus parejas al consumo:

“Pero fijese, mi señor, o sea, yo lo metí, pero digo, él sabía más lo que estaba haciendo que yo, porque yo estaba más chica que él; cuando yo lo conocí yo era menor de edad y le dí yo la primera vez, pero digo, él ya sabía lo que estaba haciendo”.

Sus acercamientos a centros de tratamiento están matizados por “malos entendidos” o “engaños” a los cuales son muy sensibles y responden también con mentiras:

“Yo estuve en CECATA, ¿verdad?; muchas se han salido porque dicen ‘no hombre’ cuando vamos nos dicen que sueros, que pastillas, que allá, que acá, y que nada de malilla y *son puras mentiras*; me tuve que venir, me les tuve que escapar, les conté mentiras; es que no dan nada, me está llevando la fregada y siempre cuentan puras mentiras no más para llevarte.

La estancia más larga reportada fue de cinco meses y el tiempo más largo de consumo fue 13 años.

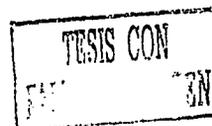
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 36. Características sociodemográficas principales

GRUPO	NSE*	CENTROS DE TRATAMIENTO	MOTIVOS DE CONSUMO	MIGRACIÓN
Once hombres entre 14 y 20 años, en tratamiento.	Bajo	CECATA, Clamor del Barrio, Alcance Victoria, Benito Juárez, Clínica Integral de Adicciones, Granja Agua Viva, Clínica de Metadona.	La mayoría (8 de 11) proviene de hogares desintegrados o monoparentales, que junto a "malas compañías" y "sentirse hombre", se mencionan como causa de inicio en el consumo.	Algunos (3 de 8) han estado en Estados Unidos en busca de drogas, emociones y aventuras fuertes. Uno estuvo en la cárcel en Estados Unidos.
Ocho hombres entre 25 y 30 años, en tratamiento.	Bajo	Casa de Libertad Bethel, Agua Viva, Benito Juárez, Programa Compañeros, Alcance Victoria.	Desintegración familiar (tanto de la de origen como la actual). Accidentes, malas compañías, curiosidad, depresiones infantiles por muertes cercanas	La mayoría (5 de 8) migró de otros estados al norte de la república en busca de mejores condiciones de vida e inició su consumo en Estados Unidos.
Nueve Mujeres entre 20 y 25 años que no están en tratamiento.	Muy bajo	Sólo reportan haberse acercado a pedir ayuda para curarse la "malilla"***	A la desintegración familiar se le suma la violencia intra familiar y la que implica, para una niña, vivir y crecer en la calle, consumo de la pareja y de amigas o compañeras de trabajo; haber perdido a los hijos por ejercer la prostitución.	Llegaron a Ciudad Juárez de otros estados de la república escapando de la violencia intra familiar o de relaciones que, con o sin engaños, establecieron con hombres casados.

* NSE: Nivel Socioeconómico.

** "Malilla": Síntomas físicos como diarrea, debilidad, dolor de huesos y escalofríos asociados al síndrome de abstinencia.



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 37. Antecedentes del consumo

GRUPO	EDAD DE INICIO	POLIUSUARIOS	TIEMPO EN TRATAMIENTO	TIEMPO DE ESTANCIA EN CADA SÍTIO DE TRATAMIENTO	CÁRCEL
Hombres entre 14 y 20 años, en tratamiento.	Entre los 7 y 12 años.	Marihuana, Pastillas, Agua Celeste, Soda, Pega-locas, cocaína y heroína.	Varió entre 3 días hasta 6 meses.	La mayoría permanece entre 3 a 8 días; algunos duran un día y 6 meses fue el tiempo récord de estancia reportado.	En Estados Unidos, sitio que les permite "reflexionar" sobre su consumo.
Hombres entre 25 y 30 años, en tratamiento.	Entre los 8 y 15 años.	Tabaco, Alcohol, Tinta y Resistol, Cemento, Pastillas, Marihuana, Cocaína y Heroína.	Varió entre mes y medio y dos años.	Al inicio "horas", luego 8 días como máximo; después logran estancias hasta de 6 meses.	Varios (3) han estado en la cárcel, donde ven su "vicio".

Antecedentes del consumo

GRUPO	EDAD DE INICIO	POLIUSUARIAS	¿QUIÉN LES DIO DROGA POR PRIMERA VEZ?	USO EN EL EMBARAZO	FORMAS DE CONSEGUIR DROGA
Mujeres entre 20 y 25 años que no están en tratamiento.	Entre los 11 y 13 años.	Thinner, Soda, Gotas, Tinta, Alcohol, Pega-Rey, Marihuana, Pastillas, Cocaína y Heroína	La pareja, amigas, los empleadores.	Dos de ocho.	Prostitución, Bailarinas en bares, venden sus pertenencias, "burreras".

Disparadores y barreras para la utilización de servicios de salud.

Disparadores

Una constante del grupo de adolescentes fue la *problemática familiar* provocada por el consumo, la cual se manifiesta en: deserción escolar, desobligaciones familiares, robos intrafamiliares y conductas antisociales que afectan a la familia ya que, como se ha reportado, terminan en constantes problemas con la policía e incluso en la cárcel. (Cuadro 38)

Estas primeras manifestaciones de malestar asociado al consumo y de signos de dependencia pueden o no coincidir con la percepción de enfermedad (saberse y reconocerse como *adicto-enfermo-vicioso*); con la *vivencia* de un grado mayor de dependencia (“no tengo tanto vicio, pa’ que me acerco”) y finalmente con la aceptación de la necesidad de buscar ayuda para curarse la “malilla”.

En ocasiones llegan a los centros de tratamiento por “casualidad o coincidencia”:

“Yo no terminé mi proceso de rehabilitación..., empecé mi proceso, pero o sea, fue una coincidencia. Yo no venía al centro de rehabilitación, yo venía a tirar tiempo al otro lado; hace dos años en la prisión, allá sí había entrado a los ‘tigres’, allá sí me entraba la depresión, y uno se encuentra encerrado entre la nostalgia y que uno quiere cambiar y ser diferente y pues yo me quebré allá, me quebré en el otro lado, pero andaba poniéndome, inyectándome de todo y salí, pero mi propósito nunca fue entrar a un centro de rehabilitación, un camarada me dijo pues ‘vamos a una casa de rehabilitación’, pero si en ese mismo instante me hubiera dicho que ‘vamos a tumbar a aquel bato, vamos a hacer una loquera,’ le hubiera dicho que sí, nomás que él dijo ‘vamos a entrar a un centro de rehabilitación’ y le dije ‘vamos’ y entramos al que se llama Alcance Victoria. Y yo entré nomás con el propósito de que ‘se les durmiera el gallo’, yo iba a robar lo que pudiera ahí, pero cuando entré, pues no se qué, como ya, yo creo Dios, verda, que ya me quería que me aplacara, porque ya tenía desde los ocho años en las drogas, corriéndole a mi familia, porque nunca me gustó estar con ellos, ya quería, en lo más íntimo de mí, ya quería un cambio, ya quería algo nuevo, algo diferente, ya quería tener una experiencia nueva porque ya estaba fastidiado”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Además de los problemas familiares ya reportados como disparadores (desintegración, robos, caer en prisión), en el grupo de adultos varones, se informó de *intentos de suicidio, muerte por sobredosis de familiares cercanos, enfermedades de las madres y violencia física* hacia la esposa como signos de que "*algo no funciona bien*"; por lo tanto, hay que hacer algo si se "*desea ver crecer a los hijos*", por ejemplo, *leer* la información de los *folletos* que reparten los pastores, donde los invitan a cambiar de vida. Un disparador constante fue notar que su consumo estaba "fuera de control":

"Cuando cumplí 15 años me fui a Estados Unidos y yo ahí conocí a una muchacha; yo ahí como decimos, tiraba cocaína en las calles, repartía en los departamentos y los muchachos que me daban eso pues me cuidaban, me decían 'no la vayas a usar, trabájala pero no la uses'; pero ella me decía 'pues úsala para que veas que se siente bien'; todo fue que la usara la primera vez porque de ahí me fui recio, inclusive juntos, a cada rato. Después que ya vieron con el tiempo que estaba bajando ventas, que estaba perdiendo gente, ellos mismos fueron hablar conmigo, yo me acuerdo ya andaba bien prendido; 'esta mujer' me empezaron a decir, ya no me quisieron dar. Ya después era una batalla para mí el conseguirla, ya empezó una vida de sufrimiento, dentro de mi alma, con mi mujer, inclusive empecé a robar..., uno pasa tantas cosas que no es casualidad que estemos vivos, se expone uno a muchas cosas, no importan las consecuencias, lo que sea, lo que uno desea es saciar ese falso instinto en el cuerpo de uno, porque siente uno que lo necesita, porque lo necesita y siente uno la desesperación, la atracción, porque eso no va fuera del cuerpo sino que va en la sangre y ya en la sangre es la gasolina de uno, pues como un carro, no le echas gasolina y no camina".

"Es difícil, yo le puse a todo el vicio, pero a cuenta mía, le puse al cinco mil, a las pastillas, a la marihuana, pero eso lo podía dejar cuando quería; yo cuando quería, no pues lo dejaba, pero cuando probé la cocaína esa ya no, está difícil".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Al igual que entre los participantes del grupo dos, un disparador constante entre el grupo de mujeres fue el darse cuenta que su consumo estaba "fuera de control":

"Yo empecé con la coca bien duro, todo el día, no comía, me dolía la cabeza, la malilla y no comía nada; duré como ocho años en la droga, no podía quitármela así nada más por mí".

Otro disparador constante entre las mujeres, fue tomar la decisión de acudir a tratamiento sin presiones:

"Primeramente querer, que uno quiera, que esté segura de qué quiere, porque si va a decir si y luego no; le están diciendo 'quiero que dejes esto', 'sí lo voy a dejar', o sea, lo están presionando, no es que quiera uno, sí ya lo va a hacer porque la mamá le está diciendo o porque..., digo, lo que tiene que contar es que quiera uno".

Barreras

Entre los adolescentes sobresale el maltrato que ellos perciben por parte del personal de los servicios de salud gubernamentales y de algunos ex - adictos que fungen como encargados de centros de rehabilitación. Dicho maltrato influye, como imaginario colectivo, antes, durante y después del tratamiento y está asociado al estigma del "tecato": (Cuadro 38)

"No pues en los centros de salud del gobierno, a los tecatos, a los drogadictos nos atienden muy mal, no nos quieren".

Pregunta: ¿Cómo es la atención, mal?

"Mal, o sea, que no nos quieren, *no tenemos prioridad*, somos los últimos, agarramos lo peor, o sea, nos dan lo peor, hasta en la comida".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Nosotros no somos nada para la comunidad, con eso le decimos todo. No nos atienden bien, por decir si traemos un callo, una ponchada, que ya traemos pus, una vena en pus que tenga que, con gasas, no nos anestesian, nada, o sea, les vale gorro”.

“Sin irnos muy lejos, ahorita una de las secretaria de ustedes, en donde estaba tomando el agua, o sea, yo estaba platicando con ella y la otra le preguntó y oí ‘es un tecatillo’, yo oí y me regresé, yo me regresé y le dije ‘señorita, se oye mal y se siente uno mal, sí soy tecato, ¿por qué? Y nada de tecatillo, tecatote”.

Otras situaciones reportadas como barreras entre el grupo de jóvenes fue: no contar con el apoyo de la familia, temor a perder la “amistad” de los cuates del barrio, la criminalización del consumo que exige interrogatorios adjuntos a la atención, el no estar convencido de requerir tratamiento (conciencia de enfermedad) o bien la idea de que para “quebrar” es más importante la fuerza de voluntad y el deseo propio (el “tocar fondo” de Alcohólicos Anónimos), que la ayuda de doctores, tratamientos u hospitales. También se mencionó el no poder mantenerse sin consumir drogas después del tratamiento y la falta de conocimientos técnicos de algunos “consejeros/pastores” que creen que con sólo rezar se les quitará la “malilla”. (Cuadro 38)

Con respecto a los hombres ellos refieren que los centros les exigen “requisitos” para admitir al usuario; en la práctica, estos requisitos juegan un doble papel de barrera - protección del servicio mismo ante algunas conductas antisociales de los usuarios o ante situaciones de emergencia y complicaciones médicas que no pueden manejar:

“Ese centro donde yo estoy nomás admiten a uno, en grupo no; si va uno que porque puro alcohol, lo admiten; si va por marihuana, por rebelde, todo eso, lo admiten, pero si va porque se inyecta cocaína o heroína, le tienen que llevar medicamentos, no lo admiten sin medicamentos, tiene que llevar cosas o que lo lleve la familia para hablar con ellos; esto se hace porque mucha gente va a dormir, duerme nomás pero mira a ver qué se puede robar”.

“El pastor tuvo que ver que estaban bien malos, se retorcián en la cama, no dejaban dormir, entonces a estas personas le decían y decidieron irse y pues ahí les tenían todo, dulces, todo el medicamento y se fueron, se fugaron, fueron a robar y a drogar otra vez y ya en la tarde regresaron, entonces el pastor ya no los quiso aceptar”.

En los centros de rehabilitación, la religión puede llegar a ser otra barrera:

“Muchas de las veces implica esto que el interno pues no es ningún cristiano, es más católico, o es mormón y muchas de las veces es un impedimento para que se quede en el centro de rehabilitación porque pues no está impuesto a la doctrina”.

Los servicios de salud gubernamentales también exigen requisitos (¿burocráticos?) mínimos que para los usuarios se convierten en barreras por estar imposibilitados para cumplirlos; ni en casos de emergencia pueden ser pasados por alto.

“Una vez un compañero que estaba por una sobre dosis y no lo recibían; entonces mi gente vivíamos en la calle, llamé a la ambulancia de la Cruz Roja; la atención fue rápido la ambulancia pero ya en el plantel me dijeron ‘¿cómo te llamas?, ¿dónde vives?, ¿cuál es tu dirección?’, soy indigente, no tengo dirección; ¿sabes que? Hasta la camilla me hicieron a un lado y ‘pasé el siguiente’; entonces hubo una persona que gracias a Dios se apiadó de mi compañero y sacó un medicamento, se lo inyectó luego luego y pa’tras, pero fue tanta la negligencia de la Cruz Roja que yo digo ¿qué onda?”.

“Una vez así llegué de emergencia (estaba intoxicado y se cayó de un tren) al hospital general de Hermosillo, todavía me pasan a la camilla y ahí todo moribundo ‘¿cómo te llamas?, ¿de dónde eres?’, y ¡no hombre! puras preguntas y ya muriendo, yéndome y me subieron al quirófano y me bajaron otra vez, me tomaron fotos y todo, ¡fijese primero fotos y toda la cosa! Y luego otra vez al quirófano para arriba y ‘¿tienes teléfono?, es que danos el teléfono, la colonia, nombre de tu mamá, de tu papá, todos y uno: yo ya ni oía lo que me estaban diciendo, ya sentía mucho sueño; yo hasta que ya este desperté como hasta los cinco días, ahí en el hospital, pero ya llevaba el brazo, de aquí para acá está buena la mano, pero de aquí para acá toda forzada, toda triturada, abierta, de hecho ya no la cuento, no lo pudieron salvar”.

“Fui al seguro ¿verdad?, cuando andaba prendido de la carga y de la droga, fui al seguro, o sea que por mi mismo, no quería yo meterme a un centro de

rehabilitación, quería yo por mi mismo dejar eso y no necesitar de eso, inclusive compré los sueros, las vitaminas y todo para que me lo instalaran en el seguro y no quisieron, porque no tenía número de afiliación, no tengo seguro”.

La experiencia que han tenido las mujeres en sus acercamientos a los servicios de rehabilitación está marcada por “mentiras” al hacerles creer que pueden “quebrar” con fuerza de voluntad, o sin darles el medicamento previamente les han ofrecido, o con pura oración:

“Yo sí he querido cambiar, desde la primera vez que él me llevó los medicamentos, duré el primer día y luego el segundo ya no me dieron pastillas que porque no había, entonces ya me dijo la muchacha de ahí, ‘pero si tú quieres quebrar ten tu medicamento’; entonces me salí, dije: ‘no pues no hay medicamento, me va a dar más la malilla’; entonces la segunda vez me insistió una semana, ándale que ahora sí hay medicamento y que acá y no pues yo lo compré, yo compré con mi dinero y lo llevé; el primer día me dio la muchacha para empezar pastillas, pero el segundo ya nada: ‘¿vienes a quebrar o vienes a ponerte loca?’; es que a mí no me hacía nada, bueno las roches si acaso no más dormía dos horas, ya al rato despertaba con ansias y más, o sea, si usted toma droga, aunque te haga, dice que no, o sea psicológicamente este va a decir que no le hace porque va a querer más”.

Cuando se sienten vulnerables, la decisión de buscar tratamiento se dificulta si perciben que tienen que dar algo a cambio de la ayuda recibida:

“Si cuenta el apoyo de la persona, porque si nos van a ayudar, lo van a estar haciendo no más por ayudar, que se siente que tengan el interés, porque en esos momentos de la malilla, que sintamos que le importamos a alguien”.

El ejercer la prostitución se constituye entre ellas en otra barrera para lograr pedir ayuda y controlar el consumo porque “uno sale de su casa, está cerca de la tentación, a donde está la droga, la tienes ahí y porque ves a los demás”.

CUADRO 38. Utilización de servicios de salud

GRUPOS	DISPARADORES	BARRERAS
Hombres entre 14 y 20 años en tratamiento	<p>Problemas familiares (Esposa lo descubrió inyectándose).</p> <p>Robos a familiares para comprar droga.</p> <p>Sensación de fastidio, vergüenza y cansancio de sufrir humillaciones.</p> <p>Necesidad de encontrar una familia sustituta y nueva identidad.</p> <p>Caer en la cárcel.</p> <p>Búsqueda de drogas que calmen la "malilla".</p> <p>Satisfacción de necesidades básicas (comida, techo, aseo).</p>	<p>Perder la "amistad" de los cuates del barrio.</p> <p>No contar con el apoyo de la familia.</p> <p>Estigma asociado al "tecató".</p> <p>Criminalización del consumo.</p> <p>No estar convencido de requerir tratamiento (conciencia de enfermedad).</p> <p>Falta de conocimientos técnicos de los pastores (con sólo rezar no se quita la "malilla").</p> <p>No poder mantenerse sin consumir drogas después del tratamiento.</p>
Hombres entre 25 y 30 años, en tratamiento	<p>Intentos de suicidio, muerte por sobredosis, enfermedades, violencia física, leer folletos que invitan a un "cambio de vida", aceptar que el consumo está "fuera de control".</p>	<p>No poder cumplir "requisitos" (disciplina, medicinas), tener religión diferente a la de los pastores, no ser derechohabiente.</p>
Mujeres entre 20 y 25 años que NO están en tratamiento	<p>Aceptar que el consumo está "fuera de control".</p> <p>Que sea una decisión personal, sin presiones familiares.</p> <p>La "malilla" se vuelve insoportable.</p>	<p>Las mentiras del personal de los Centros. Hacerles creer que con sólo rezar se les quita la "malilla". Manejo inadecuado de medicamentos. El sentirse utilizadas, que siempre tienen que dar algo a cambio. El considerar que los hospitales no son opción para ellas.</p>
Personal de Centros de Tratamiento	<p>Sensación de "vacío" de "haber perdido todo". Problemas psicológicos, suicidios, depresiones y cuadros de co-morbilidad.</p>	<p>Falsa asociación diagnóstica entre adicción y SIDA. La criminalización del consumo. Personal de salud como agente de control social-judicial. Estigma del "tecató".</p>
Personal Médico que trabaja en Servicios de Salud.	<p>La mayor disponibilidad de la droga funciona como disparador. Edades de inicio más tempranas. La ansiedad de la familia ante el problema. Manejo del momento crítico de la abstinencia.</p>	<p>Ausencia de un servicio institucionalizado y especializado en adicciones. Limitación, como unidad hospitalaria, para ir más allá de sacarlos de su problema crítico". Negarse a recurrir al "recetazo".</p>

Accesibilidad

Entre el grupo de jóvenes la pobreza atraviesa y afecta de distintas formas su vida; han experimentado el no tener “lana” como una limitación importante para una buena atención a sus problemas de salud. Sin embargo, también por experiencia propia están convencidos del dicho popular “con dinero baila el perro”, ya que narran que el dinero “matiza” o bien hace más “amigable” la adicción, e incluso, el propio estigma del “tecato”. (Cuadro 39)

“Estaba con una ponchada en la pierna, fui al centro médico, ahí pagué, sabían que era drogadicto, pero ahí pagué, haga de cuenta que era un rey, que no era drogadicto, mi anestesia y ‘hay mi’jo, ya, ya, ya pasó, ya pasó”.

“Como dice el dicho: ‘dinero mata carita”.

Los costos reportados van desde la gratuidad (en casas de rescate o casas de oración), atraviesan por el tipo de centro del que se trate y en función del servicio solicitado, en unos piden \$50.00 cada vez que requieren medicamentos, en otros tienen una cuota diaria que bien puede ser igual a la cuota mensual de otro centro (\$150.00); el costo reportado más elevado fue de \$4,000.00 mensuales.

Respecto a factores organizacionales relacionados con la accesibilidad se mencionó que la probabilidad de quedarse en un centro de tratamiento está en relación con la actitud de la persona que los atienda por primera vez. Resaltó la falta de criterios claros que definan a quien y por qué se brinda o niega un servicio solicitado.

El estigma social del “tecato” se refuerza con los sentimientos propios de los adictos, que de alguna manera “justifican” el maltrato o la negación del servicio por parte del personal:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Eso es lo que nosotros hemos sembrado, ya que a través de la drogadicción, hemos llegado al extremo de robar en casas, matar a la gente, quitarle su dinero, los hemos golpeados, les hemos hecho esto y lo otro, entonces con cierta, con justa razón nos lo hacen”.

“Si somos conscientes, también nosotros tenemos la culpa”.

No se alcanza a visualizar de manera clara los factores sociales que promueven el consumo entre los jóvenes, sólo se tiene una idea de que la “culpa” no es sólo de ellos.

“Muchas veces influye mucho el ambiente social en que nos encontramos..., el estar mirando a los jóvenes que andan todos cholos con sus paños y todo eso es una influencia también muy negativa, el vicio llama al vicio”.

“O sea, es que las instituciones, o mucha gente, o en el barrio ya no lo quieren a uno, por las cosas que hace y todo, y eso está bien, uno tiene esa culpa ¿verdad?, de robar, de todo, y a veces andar todo cochino y andar dando mal aspecto y siempre acaban con los ojos cerrados y todo idiota, todo así, pero la gente, ella también pues ella misma nos hace, o sea, la misma sociedad nos hace porque no nos hacen caso”.

Se percibe que la falta de dinero provoca una atención y un servicio “de segunda”, dicen los hombres:

“Bueno yo en lo que me fijé de ahí, porque ahí han ido varios y luego les dan cita para que vayan otra vez cuando es algo así seriecillo, sí lo atienden bien, pero por decir, un amigo que necesitaba una operación y como iba del centro de rehabilitación, si hubiera tenido dinero lo hubieran operado, pero le pusieron yeso no más, o sea, en algo que sí se requiere ¿verdad?, bastante atención, no lo hacen, no más lo tratan de ayudar no más para echarlo fuera, lo empiezan ayudar y luego lo echan fuera del hospital”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si el tratamiento no tiene costo, es más probable que sea una “opción real” de rehabilitación para algunos participantes:

“En esos siete años sí he tratado varias veces de dejarla (la droga), he estado en bastantes centros como CECATA, uno que era católico, la metadona, en donde me ha ido mejor es en el centro cristiano, ahí no nos cobran nada y pues eso me salió buena”.

La disciplina y el respeto a las reglas que tiene cada centro son factores organizacionales relacionados con la accesibilidad:

“Mucha gente que está prendida de cualquier droga no se quiere clavar en un centro de rehabilitación porque no aceptan reglas, eso hace que muchos de ellos estén un día, una noche y son reglas tan fáciles; si en el mundo en el que andamos de las drogas, a veces nos decían ‘vete a robar’, que es mucho más difícil”.

“Si obedecemos las reglas del gobierno, no creemos que podemos con unas tan sencillas y tan simples, que son para bien de nosotros también, por eso mucha gente no se ‘amarra’, porque no les gustan las reglas, no les gusta que se les mande”.

El estigma de “drogadictos” se vive desde la familia y se reproduce en el ámbito social:

“Me había metido en muchos problemas con mi familia ¿verdad?, los había robado, yo ya era desechado por mi familia, cuantimas contra la sociedad; la sociedad nos tiene como la escoria, como lo más perdido y somos rechazados, dicen ‘mira un drogadicto’, dan la vuelta o cierran la puerta”.

La certeza de que “aquí en Juárez, con dinero bailan todos”, las empuja a ejercer la prostitución porque “cuando uno tiene un vicio, tiene uno que sacar para su vicio”; por

lo tanto, puede pensarse que la falta de dinero, en caso que decidieran acudir a tratamiento, no se constituye en barrera para la accesibilidad del servicio porque tienen un trabajo. Otras re-venden droga a mujeres ("padrotear"). Relatan incluso que, las mujeres "batallan menos que los hombres para conseguir la droga, en un ratito la consiguen de volada, no más pagan y dando y dando".

El sentirse "engañadas" respecto a la forma como se les ofrece primero el servicio (con medicamentos) y después no obtenerlo bajo el acuerdo previamente establecido fue una situación reportada constantemente y que tiene relación con aspectos organizacionales del servicio. Ellas también utilizan cierta manipulación en su relación con los trabajadores de salud:

"Dicen que la metadona se la van bajando para que vayas disminuyendo, y no, cuando usted va con la doctora que le dice: '¿cómo se siente?', 'no pues fijese que me siento mal', ya le da el lavado de coco y le vuelve a subir la dosis y es igual y no me ayuda porque, al contrario las cosas, me tiro dos 'daimes', no me hicieron nada, otros dos".

El estigma en ellas es triple: por ser mujer, ejercer la prostitución y ser adicta:

"Es que cuando estamos ahí (en algún hospital), haga de cuenta que no hay nadie, les estás gritando que 'me duele', que para acá, para allá y 'espérese'; 'son viciosas, hombre', 'esa es la malilla, déjala que se vaya, una menos', nos desprecian".

Además de su adicción, estas mujeres están más afectadas por las enfermedades asociadas a su trabajo, situación a la que tampoco les responde el sistema de salud:

"A mí me cae mal que las compañeras esas del SIDA, saben que tiene el SIDA y las dejan que estén taloneando y infectando a señores; fijese, muchas muchachas de las que caminan ahí en el canal tienen el SIDA y ¿por qué no las reconocen?"

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 39. Utilización de servicios de salud, aspectos relacionadas con la accesibilidad

GRUPOS	ECONÓMICA	ORGANIZACIONAL	ESTIGMA
Hombres entre 14 y 20 años en tratamiento	<p>"Mientras haya billete, en cualquier lugar te atienden bien", "Dinero mata carita".</p> <p>Cuotas de acuerdo al Centro al que se asista y el servicio que se solicita: varían entre \$50.00 por medicamento, \$150.00 diarios o mensuales y hasta \$4,000.00 mensuales.</p>	<p>Atención de Primera vez: La probabilidad de quedarse tiene que ver con la actitud de la persona que los recibe. Inexistencia de criterios claros que definan a quien se le brinda o niega un servicio.</p>	<p>Personas muy sensibles al estigma social alrededor de "tecató", que, reconocen algunos, lo han ganado a pulso por su conducta antisocial.</p>
Hombres entre 25 y 30 años, en tratamiento	<p>Se recibe servicio "de segunda" ante la falta de dinero. Trámites burocráticos:</p> <p>Aunque se pague, no se brinda el servicio si no se está afiliado al IMSS. No pagar puede ser la única opción.</p>	<p>En servicios de salud del gobierno la atención es con "pasantes de medicina": reglas, disciplina, requisitos imposibles de cubrir.</p>	<p>Drogadicto como la "escoria" de la sociedad; se les da la vuelta o se les cierra la puerta.</p>
Mujeres entre 20 y 25 años que NO están en tratamiento	<p>"Con dinero bailan todos". Si se tiene dinero, en cualquier lado te atienden.</p>	<p>Sus acercamientos están matizados por mentiras y por sentirse engañadas por el personal de los centros de tratamiento.</p>	<p>En ellas el estigma es triple: por ser mujer, por ejercer la prostitución y por ser adictas.</p>
Personal de Centros de Tratamiento	<p>La mayoría de los servicios son gratuitos "La salvación es gratis". Sin embargo, la familia y el propio usuario aportan recursos, ya sea en especie o en trabajo.</p>	<p>Coordinación interinstitucional. Brindar una cálida bienvenida que rompa con el estigma del "tecató".</p>	<p>El propio personal de salud concibe al adicto como "vicioso". Adicción como vicio y problema moral en los propios prestadores de los servicios de salud.</p>
Personal Médico que trabaja en Servicios de Salud	<p>No se mencionan costo.</p>	<p>Limitaciones institucionales serias en el manejo de la adicción más allá de la urgencia médica, lo que genera frustración, ya que el servicio se convierte en "puerta giratoria".</p>	<p>La visión de la adicción como vicio y problema moral pesa más que la de grave problema de salud pública.</p>

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

Características de estructura

Para los participantes adolescentes, las instalaciones físicas de los centros de atención no merecen igual importancia que el ambiente: es mejor una instalación módica con ambiente de armonía, donde se brinden consejos y afecto que una instalación de lujo donde se les brinde maltrato. (Cuadro 40) Dicen haber estado en centros con comodidades varias como aire, T.V., baño individual o bien en centros humildes en los que viven de 10 a 15 personas en un solo cuarto.

Los centros a los que han asistido proporcionan diversos servicios, desde la entrega del "cocktail" de medicamentos (combinación de fármacos y vitaminas para aminorar los efectos del síndrome de abstinencia), consulta externa, análisis de orina para control y chequeo del consumo, terapias psicológicas, hasta la organización de terapias ocupacionales con actividades diarias de limpieza, siembra de hortalizas y oración frecuente, en un intento de "quebrar" a través del "encuentro con Dios".

La organización del servicio gira alrededor de lograr controlar la "malilla", alcanzar la desintoxicación a través de terapias ocupacionales para "no pensar en las drogas".

Las instalaciones físicas, coinciden los hombres, no resultan tan importantes como la *disciplina*, factor clave para la rehabilitación. Sin embargo, tienen comodidades como buena comida, ropa limpia y trabajo dentro de la institución, lo que provoca la sensación de "no nos hace falta nada".

Los servicios que ofrecen los centros van desde un lugar limpio y seguro donde dormir, entrega de medicamentos (sueros, vitaminas y metadona), terapias alternativas basándose en acupuntura, hierbas y tés medicinales, psicoterapia, consejería, musicoterapia, hasta ser un lugar que consideran "su" casa y donde les permiten llegar a morir. Hay servicio de transferencia de pacientes entre los centros y los servicios de salud gubernamentales:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Yo contaba con un poco de dinero en ese tiempo, \$500.00 y les dije ‘sí traigo para pagar, atiéndalo’, pero entonces ‘no pues no tiene domicilio, no nada’, entonces es cuando miro que ahora ya le preguntan a uno ‘¿en dónde vives?’, no pues vivo en el centro de rehabilitación fulano de tal, en la calle tal, colonia tal, “pase”.

“Nosotros ahí donde estamos nos llevan al hospital, ahí nos atienden gratis, pero también asimismo, del hospital nos mandan gente también; ahorita tenemos tres del hospital, a uno con yeso, le mandaron ahí porque no tenía familia; uno que estaba en estado vegetal y que también ya recuperó; otro lo tenemos ahorita atendiendo entre nosotros, le damos de comer, lo bañamos; son de otros estados, no tienen familia, sufren alguna lesión de una pierna o son atropellados porque andaban en la ‘quemadera’, o cualquier cosa y a nosotros han llegado también así personas que han estado en vegetal y pues entre todos los hermanos, hay personas que se les dió un sepelio normal, pues todo pagado por la iglesia; pero siempre cuando es una enfermedad por parte de un miembro de la iglesia recurre uno al hospital general y no la pagamos también”.

Respecto a la organización del servicio, la prioridad es la disciplina a través de reglas que les son explicadas desde el primer momento de su llegada; después el servicio se organiza alrededor de terapias ocupacionales, sesiones de relajamiento, de consejería, psicoterapia y la lectura de la Biblia hasta lograr la rehabilitación.

Las instalaciones físicas y las comodidades que éstas puedan brindarles no resultan tan importantes como el hecho de saber que alguien se preocupa por ellas. Aunque se les ofrecen servicios como sueros, medicamentos (roches) y vitaminas, ya estando en el lugar no se les proporcionan, por lo que no encuentran sentido al tratar de “quebrar” con otra droga.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 40. Características relacionadas con la estructura

GRUPOS	INSTALACIONES FÍSICAS	COMODIDADES	SERVICIOS BRINDADOS	ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO
Hombres entre 14 y 20 años en tratamiento	<p>"No importa que sea un 'cantón' cayéndose, sino que haya armonía, consejos, afecto, la forma como se vive dentro"</p> <p>"Hay centros bonitos, pero nos tratan con indiferencia".</p>	Varían entre los Centros que tienen cuartos con aire, TV, y baño individual hasta los que son como galeras con 20 camas en un solo cuarto.	"Cocktail" (fármacos y vitaminas). Consulta externa, análisis de orina, terapias psicológicas, ocupaciones, hasta lograr "encuentro con Dios".	Gira alrededor de controlar la "malilla"; lograr la desintoxicación y no pensar en las drogas a través de terapias ocupacionales.
Hombres entre 25 y 30 años, en tratamiento	No son tan importantes como la "disciplina", ni como "el poder curativo del grupo", factores claves en la rehabilitación.	Buena comida, ropa limpia, trabajo dentro del centro de tratamiento para no tener que salir.	Medicamentos, consejería, psicoterapia, musicoterapia, acupuntura, tes medicinales y lugar donde llegar a morir.	Gira alrededor de reglas y de lograr "disciplina" al usuario para controlar la "malilla".
Mujeres entre 20 y 25 años que NO están en tratamiento	No son importantes en comparación con hacerlas sentir que alguien se preocupa por ellas.	No importan; lo importante es saber que eres alguien y la construcción de "instalaciones internas" que mejoren su autoestima.	Se ofrecen sueros, medicamentos ("roches") y vitaminas y sin explicación, se interrumpe su administración.	No encuentran sentido a tratar de "quitar" con una droga.
Personal de Centros de Tratamiento	Solicitan mayor presupuesto y financiamiento para construir o mejorar las instalaciones; resalta la falta de normatividad que regule la relación Estado-ONG's y asociaciones de asistencia privada.	La capacitación, más que la comodidad, relacionada con una atención de calidad.	Petición que la capacitación incluya el manejo de medicamentos; reconocer que el servicio debe brindarse al propio personal de salud.	Además de controlar la "malilla", se necesitan valores morales y espirituales. Se requieren convenios para trabajar y coordinarse con instituciones como el INEA y el DIF y las instituciones de salud pública.
Personal Médico que trabaja en Servicios de Salud	Ausencia de instituciones destinadas a un servicio especializado en adicciones.	La capacitación, más que la comodidad, relacionada con una atención de calidad.	Atención de la "urgencia médica" que provoca la abstinencia; frustración por no poder ni saber como "ir más allá"	Se requiere: 1) mayor capacitación, no impuesta sino opcional y manejo de un "perfil" del profesional que los atiende. Y 2) convenios interinstitucionales.

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

Características de proceso

En el proceso de adquirir conciencia de enfermedad, los usuarios jóvenes manifestaron que se enfrentan a diversas disyuntivas; una primera se da entre los centros que brindan servicios para “quebrar” de puertas abiertas (permiten entradas y salidas) y que pueden compararse a lo que en la práctica médica institucional se le conoce como consulta externa, o bien a través de aquellos que exigen internarse; estos últimos presentan opciones también: tratamiento, con base a fármacos o a la oración; otra es seguir con su consumo y tener acercamientos a servicios de salud sólo para atender emergencias provocadas por sobredosis. (Cuadro 41) La mayoría informa haber utilizados todas las opciones a su alcance en distintos momentos de su adicción.

Por ello y con base a su propia experiencia, defienden apasionadamente el tipo de tratamiento que mejor les ha funcionado a cada uno. Una constante fue el cuestionar que “una droga permita salir de otra” al referirse a “tratar de quebrar con metadona”. Para algunos es la única opción para rehabilitarse y de evitar “fugas” de los centros de atención, para otros sólo les complica su adicción; otros más encuentran en este medicamento una manera “más socialmente aceptada” de continuar con su adicción.

“Yo el primer centro de rehabilitación que entré fue aquí, Compañeros, pero cuando estaba en la López Mateos, allá estuve..., ¿qué fue? Como tres días no más porque le tuve miedo a las agujas, pero porque yo antes no me inyectaba, yo me gotcaba por la nariz y luego de ahí me fui a la metadona; en la metadona duré seis meses y no quebré, pues es la misma, es como si, es lo que les venía platicando ahora, has de cuenta que estoy tomando coca-cola, soda, coca-cola y me meto la pepsi, o sea, es la misma, es la misma droga y ésta es droga sintética y pega más y pega peor la malilla”.

“El tratamiento de Cecatta está bien, porque pasa el mentado “cocktelito” de varias píldoras. Te dan de todo, de todo y está suave y ya bajando y bajando y ya lo que viene ya después le dan puro vitamina y tiene que estar entrando a todas sus terapias y estarse poniendo con dios”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“A veces te recibe otro bato que apenas tiene un mes, o sea, que el chavo no conoce todo el programa ni nada y ‘sí seño: aquí le vamos a tener bien a su hijo y aquí va a estar bien’, pero no dice realmente a lo que va, cómo va a estar el programa ya dentro y ya entrados y pensé y nada que está bien gachote y no le dan para la malilla ni nada y pues fuga”.

“No, yo aquí quebré no más orando y todo, sin ningún medicamento, sin nada, nada y con pura oración y aunque no lo crean, no es mentira carnal, yo llevo dos semanas así”.

“Algunos centros parecen picaderos, es a donde vamos a conseguir la droga”.

Los participantes encuentran una “sana” solución: los tratamientos deben ser personalizados, de acuerdo a la historia del consumo, a factores de personalidad, en pocas palabras, que partan de considerar a los usuarios como entes bio-psico-sociales dentro de contextos culturales y espirituales específicos.

“Pues ése es tu pensamiento y también nosotros tenemos nuestro pensamiento y es según el organismo carnal”.

“Yo digo que tenemos que ser realista, ni lo uno ni lo otro, o sea, hay personas que realmente sí necesitan el medicamento y tu los miras en la cama cómo se retuercen y cómo son las personas empiezan a temblar y mirar visiones y mirar todos estos jales y yo creo hasta cierto punto dejar a la persona que se mantuviera sin droga hasta el punto como uno que fue bato loco que sabe la desesperación, el límite que la persona puede estallar; o sea, yo no digo que a todos se les dé el medicamento porque hay personas que llegan al centro de rehabilitación y apenas están empezando y ahí empiezan a chillar que medicamento”.

El “talón de Aquiles” de los servicios de salud gubernamentales es la atención de los casos por sobredosis que llegan a urgencias. Además del maltrato recibido demuestran una actitud de “hacerse los desentendidos” por parte del personal de salud:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Cuando los de la ambulancia saben que se trata de que se están muriendo de sobredosis tardan a una media hora o hasta una hora en llegar”.

“Le dio un ataque por la misma droga y llamaron a la ambulancia, le empezaron a dar convulsiones, pero nosotros le paramos las convulsiones, pero esa vez, se fue de pico y se rajó toda la cabeza, entonces hablamos al rescate, vino como a la media hora, pero ya después de que vino, todavía fuimos a dar un recorrido hasta rancho Anapra y fuimos allá”.

La relación médico/pastor/consejero/exadicto – paciente/usuario/adicto, también genera polémica: se espera apoyo, consejo, tolerancia hasta lograr cierto control de la propia adicción; se desconfía de aquellos que hacen mal uso del poder que brinda la posición de consejero: algunos se asumen como representantes de Dios en la tierra:

“Ahí en el centro donde estoy yo, cuando llega uno, el encargado, son personas que atienden, son misioneros, son unos que andan vestidos de blanco y ellos ya experimentaron la vida afuera, fueron como uno, cuando cae, nos dan testimonio que también ellos fueron drogadictos y todo y ya tenían tiempo y cuando llega uno le hacen ver las cosas positivamente y ya lo motivan a uno para dejar todo eso, pero los consejos que le dan a uno es como si se nos quedara un hermano mayor de uno, o sea, le dan amor y todo y ya lo motivan para dejar todo eso”.

“Algunos consejos en los hogares se llenan de soberbia o altivez por el lugar el señor, por el rango que el señor les ha encomendado, a veces se llenan de orgullo y miran como menos a los que están así en tratamiento”.

“Solamente teniendo una verdadera relación con Dios, Dios mismo te deja ver cuál es el problema que trae el joven, pero el problema va más allá de lo que te está diciendo y tiene que estar uno como en comunidad con Dios, a veces van y te dicen ‘es que yo ya me quiero ir de aquí de la casa de rescate, no me gustó allá arriba y luego me pusieron a limpiar y todo eso’ ¿si me entiende? Y ése no es el verdadero problema, el problema de él es que no tiene el deseo de hacer las cosas y quiere hacer lo que él quiere”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Pregunta: ¿qué hacen para preparar a los consejeros? “De hecho Dios me dio la oportunidad de estar sirviendo en ese ministerio, pues nada más entregarse al señor y estudiar las escrituras y tener conocimiento”.

En el proceso de adquirir conciencia de enfermedad, la adicción se vive como un “vicio” que los lleva a conductas antisociales para conseguir la droga:

“Dios ha hecho una obra en mí nuevamente y pues habrá sido por dios, porque ahora ya no ando robando para sacar para el vicio de la droga, ya no me ando inyectando también porque pues es algo malo”.

La adicción también es vista como forma de escape a problemas personales:

“Al ver la sensación, como *forma de escape*, de salir de uno, que se quiere escapar de uno mismo, porque se mira solo, entonces lo agarré y de ahí para allá, fue totalmente, son cuatro años de vicios y ahorita por la gracia de dios tengo dos meses que yo no uso drogas”.

Instalados ya en la adicción, se perciben diferentes “niveles”:

“Mi vida ha sido también muy triste, pero mi vida no ha sido tan viciosa, o sea, de unos años para acá nada más; yo era atlético, yo era futbolista, levantaba pesas, nomás que me pasaron unos accidentes que es muy larga, una historia muy larga de contar, pero *yo por dentro estoy bueno*”.

En el proceso de su rehabilitación fue también una constante el cuestionar si “un clavo saca otro”:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“En mi familia me ayudaban con médicos y sí me recetaban medicamento, pero mi pregunta era: si yo quiero dejar un vicio, ¿por qué me van inculcar a otro?; entonces no acepté, porque en la iglesia en la que estoy la doctrina que me han enseñado ahí es básicamente no más, no más drogas y gracias a Dios que salí sin necesidades de ningún medicamento”.

En este grupo también los hombres llegaron al consenso que cada historia de vida y de consumo es diferente, por lo que no puede haber un solo tipo de tratamiento para todos:

“Mucha gente puede dejarlos (los medicamentos) pero otras personas necesitan usar medicamento, es muy variable la cosa, depende de su cuerpo, de una serie de cosas”.

La disciplina entre este grupo es considerada factor terapéutico: se resalta que la búsqueda de ayuda atraviesa por la necesidad de encontrar y fijar límites y control, vivencias que pierden como usuarios de drogas.

“Del servicio en donde estoy lo más importante es la disciplina, porque como dice el pastor, es el punto clave para rehabilitarse. Él se la lleva así, si haces algo mal, te disciplinas, pero a la vez como te gana, te está castigando y, o sea, tiene algo que no se que te hace sigas al pastor. Quiero aclarar algo, o sea, me gusta la disciplina que hay en ese centro, *castigar es abusar y disciplinar es aprender*, aprender con nuestros propios errores y así uno va llegar al éxito, porque cuando uno está en las drogas, no hay disciplina”.

“Es como con los adolescentes, se crea una especie de disciplina, ¿verdad?, se crean reglas, usted puede hacer eso, no puede hacer esto”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La fuerza y el poder del grupo también se consideran factor terapéutico:

“Ahí con nosotros nos ayudamos entre los unos a los otros, nos vemos como hermanos sin necesidad de que nos castiguen, como él dice, o sea, nos decimos unos a los otros, si hacemos una cosa mala, nosotros mismos la reconocemos, o algunos de los dos: ‘mira, esto está mal, ponte a hacer aquello’ y así nos ayudamos uno al otro, para no volverlo hacer, entre nosotros mismos”.

En algunos centros, el “hacer carrera bíblica” es fuente de motivación:

“En Benito Juárez nosotros no salimos al exterior, solamente estamos incluidos en los servicios bíblicos y ahí mismo tenemos trabajos que hacer como desempeñar trabajo en cocina, ayudar a los demás hermanos en las tareas que sean necesarias y tenemos un lapso de, son tres estudios máximos, son tres niveles para hacer una graduación, un discipulado, llegamos a versículos, de versículos vamos ganando este escalera y vamos ganando respeto”.

El esforzarse hacia adelante tiene un reconocimiento, aunque no todos lo logran:

“En Benito Juárez podemos llegar a la graduación ya plena desde el discipulado, tenemos la oportunidad a cualquier parte del país o bien del mundo, porque la iglesia pues está extendida y nos mandan hacer servicios a otras partes, Pero no todos llegamos a la meta, siempre habemos tres, cuatro que llegamos a una meta y el resto, por la carne, el vicio, los amigos, la esposa, los hijos, cualquier problema lo saca del camino”.

Se reporta que reciben terapias alternativas a los tratamientos clásicos:

“Aquí en el centro de rehabilitación Amigos pues estoy muy agradecido, porque en este mes y medio que tengo, porque como me tratan a base de acupuntura, nos dan hierbas medicinales, así ya pagué con todo, no estamos internos, pues aquí vengo dos horas de terapia, me dan psicoterapia y musicoterapia y pues duro dos horas con las agujas puestas y nos hablan, nos

dan consejería, en caso de que uno piense que quiera volver, que quiera recaer, nos dicen cómo tratar de evitar eso”.

Como se describió en el grupo de los adolescentes, los servicios de emergencia no llegan a tiempo:

“Mi concuño también murió por sobredosis, él estuvo, se quedó en su carro afuera, acostado arriba del cofre y la cruz roja, o sea, se tardaron mucho; llamamos y llamamos y nunca llegaba, ya él amaneció muerto, se tardaron como cinco horas en llegar”.

Por lo tanto, surgen remedios “caseros” que se aplican entre ellos ante las emergencias:

“De sobredosis, casi siempre uno les da los primeros auxilios, o sea, cuando pasa eso, casi por lo regular uno, o sea, a mí me ha tocado varias veces que se han querido ir y pues ahí uno los aliviana, uno les empieza a inyectar agua con sal y los empieza a cachetear y todo eso, ¿verdad?, o la electricidad, antes aquí había lugares que me contaron, de esos lugares mexicanos, que tenían con batería, ya sea de auto y al tener un paro cardíaco, también se pone heroína con la cocaína en un paro cardíaco”.

“Una de las veces que me pasé, me quemaron, ahí está una seña, la yema de los dedos y aquí; unos con encendedor para que volviera y sí, sí volvi”.

El médico es visto como instrumento de Dios para ayudarlos.

“Yo le doy gracias a Dios por esta reunión, porque Dios está poniendo un servimiento en ustedes, pues buscar la ayuda para todas las personas que necesitan gente social”.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTEN

Se reconoce también que el médico-pastor, además de ser instrumento de Dios, tiene conocimientos:

“Él se la lleva así, si haces algo mal, te disciplinas, pero a la vez cómo te gana, te está ganando, te está castigando, y o sea, tiene algo que no sé qué te hace sigas al pastor, no sé algo, no sabría explicarlo, y este pastor es muy interesante, usa mucha psicología, no sé, algo, nos estudia, sabe quién es él, quién es el otro y cualquiera y si hacemos algo mal, él hace que lo hagamos hasta que nos salga bien”.

Para la mayoría de estas mujeres, los hospitales públicos de Ciudad Juárez simple y sencillamente no constituyen una opción de tratamiento:

“Déjeme decirle una cosa, que si yo, ¿verdad? Anduviera así mal de así que la pus y todo eso, yo le voy a decir una cosa: yo aquí yo no me meto en ningún hospital, yo me iría al Paso, la verdad, porque ahí lo que sí es drogadicto, no es drogadicto, ahí los tratan igual”.

Se mencionó entre ellas la existencia de una posible “*migración médica*” hacia Estados Unidos:

“Yo tengo medi-care (medicaid) de allá y simplemente no tienes que pagar, si no tienes, te tratan igual, ¿o no es cierto?, pero aquí, aquí tienes que tener dinero, si no, se lo lleva la fregada”.

La *corrupción* y el *maltrato* al que están sometidas por parte de los agentes de la seguridad pública en México, aumenta la probabilidad de que contemplen los servicios de salud de Estados Unidos como una opción viable para ellas:

“Aquí te mira un policía y ¿sabes qué? Te mira la jeringa con esa madre y la agarra y va y se la vende a otro y sin embargo, en El Paso te están negando que te están inyectando o dicen que ‘simón’, te agarran esa madre y te la tiran, y te dan una “quebrada” (de quebrar), de que no te van a llevar; pero si te vuelven agarrar, pues así ya te vas al condado y aquí no, aquí los policías son

rateros con placas; aquí pasa un cholo y te dice: 'no se cuiden de los malandros, cuidense de los policías'".

Cuestionan que una droga sintética pueda ayudarlas a superar su adicción:

"Es que te desprendes de una para prenderte de otra; duré cinco meses sin nada, pero volví otra vez inyectarme, la cocaína y la heroína ya no me hacían, ahora lo que yo quería era la medicina, pero la quería no porque no sintiera la malilla, sino porque me sentía igual que cuando me inyectaba, entonces dígame usted, ¿qué diferencia hay ahí?, no hay ninguna, la única diferencia es que no me inyectaba, o sea, era tomada, entonces pues así, no se puede".

Respecto a la relación médico-paciente se describieron situaciones de contraste, ya que por un lado el establecer una buena relación con un miembro del Centro aumenta la probabilidad de continuar el tratamiento y por el otro, el hacer "como si" se escucha a las usuarias resulta totalmente contraproducente:

"Yo estuve en un Centro en el que sí duré, hasta que se salió la muchacha, pero porque ella sí platicaba conmigo y convivía mucho, pero ella se salió y me salió, ya me daban las pastillas muy a fuerza".

"Bueno yo voy a entrar, órale, el jueves a tales horas tempranito, vámonos, y ya te llevas tu cobijita, o algo en qué te sientes y estás platicando a la psicóloga y la psicóloga está en otro rollo, ¿sabe qué? Pues la tira a león y se chingó, así como usted me tira a mí a león, yo la voy a tirar a usted y la que la lleva es uno, o sea, porque uno es la que necesita la ayuda, no ella".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 41. Utilización de servicios de salud, aspectos relacionadas con el proceso

GRUPOS	REVISIÓN Y DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO RECIBIDO	RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE
Hombres entre 14 y 20 años en tratamiento	En función de a qué servicio se acude: Consulta Externa VS Internamiento VS Atención de Sobredosis (urgencias).	Cuestionamiento de que "una droga saque de otra" (Metadona). Se presentan combinaciones entre fármacos, terapias (psicológica/ocupacional) y la oración. Talón de Aquiles: los servicios de emergencia.	Debe ser de apoyo en crisis para evitar recaídas o sobredosis como efecto "rebote" del tratamiento. Adecuado manejo del poder/control para lograr objetivos.
Hombres entre 25 y 30 años, en tratamiento	Adicción como "vicio" y "escape a problemas personales". El grado de adicción juega un papel importante.	Cuestionamiento a "si quiero dejar un vicio, por qué inculcan otro" (metadona). Disciplina y fuerza grupal como factores terapéuticos. Carreras bíblicas. Terapias alternativas. Talón de Aquiles: los servicios de emergencia.	Médico-pastor como representante de Dios en la tierra. Si utiliza de manera correcta sus conocimientos, llega a conocer a los adictos.
Mujeres entre 20 y 25 años que NO están en tratamiento.	Los hospitales en México no son opción de tratamiento para ellas. Una opción posible es la "migración médica" a Estados Unidos.	Cuestionamiento a que una droga sintética les ayude a "quebrar". Algunas tienen el medicare de Estados Unidos.	Exigen que se les proporcione información veraz y oportuna. El tipo de relación establecida puede ser la diferencia entre continuar o abandonar el tratamiento.
Personal de Centros de Tratamiento	Revisión y Diagnóstico empíricos, en base a la experiencia obtenida del trato cotidiano con los usuarios.	Periodo de la desintoxicación clave para superar "malilla" y "quebrar"; Uso de placebos; Combinación de FE con medicinas naturales; Factor curativo principal, Cristo, junto con la fuerza del grupo y la importancia de la catarsis. Talón de Aquiles: emergencias por sobredosis.	Brindar y escuchar testimonios redunda en un beneficio mutuo.
Personal Médico que trabaja en Servicios de Salud.	Manejo adecuado de los síntomas por abstinencia; desarrollan una clasificación de los usuarios entre: 1) los de consulta externa y 2) los de fin de semana.	Tratamiento médico para superar momentos críticos, muchas veces a través del "recetazo" y curación de abscesos, hemorragias, infecciones, etc. Y, ante la imposibilidad de hacer algo más, platicar con el paciente y sus familiares..	La relación médico-paciente no logra conformarse como un factor terapéutico en sí misma; se encuentra matizada por prejuicios y temores hacia los usuarios. El no entender la dinámica de la adicción que contempla las recaídas como parte misma del proceso, provoca frustración.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

Características de resultados

Los cambios en la salud reportados por los participantes jóvenes como resultado del tratamiento están asociados a “quebrar” (recuperarse de la “malilla”, de los síntomas de abstinencia) a la desintoxicación (entendida como no tener residuos de droga en sangre) y a la rehabilitación como logro a más largo plazo. (Cuadro 42)

La rehabilitación se vive como un *proceso* que nunca termina, ya que para algunos usuarios, la adicción es una *enfermedad* que afecta y daña al cerebro:

“Uno nunca acaba de rehabilitarse, porque la drogadicción es como una enfermedad; la drogadicción nunca se va acabar, pero las drogas nunca se van acabar, pero en donde se pueden acabar es en uno, si uno ya no quiere, va a decir no, pero si está débil y todo, si no lo han terapiado, pues se puede decir, va a seguir en las mismas, pero por decir que tú me invites, yo no voy a querer, ponle que ahorita sí, traigo el gusanito, y todo, pero por eso quiero salir de ahí mentalmente”.

Los *cambios en la salud* también se perciben en el ámbito de la salud mental:

“O sea, yo me siento más rehabilitado porque soy más consciente de todo el daño que hago yo, el daño que me hago a mí mismo, el daño a mi familia, el daño que hago a las terceras personas, o sea, a la gente”.

“La rehabilitación es un tema bien importante porque no es la de un año, dos años, tres años, porque verdaderamente es *una lucha interna* en la cual muchas de las veces el problema no viene solamente de las drogas como comentaba el hermano, muchas veces son raíces que vienen desde el corazón, nuestro carácter, es en honestidad, es pues, o sea, me es difícil explicarlo, pero ese es el verdadero problema y la rehabilitación duraría pues toda la vida”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respecto a los *efectos de los medicamentos* se reporta que, aunque se puede “quebrar” con la metadona, ésta provoca problemas como andar adormilado y que los medicamentos pueden ser “armas de dos filos”:

“algunos centros parecen picaderos, son como el CERESO, ahí consigue de todo”.

La *satisfacción* del tratamiento en los participantes adolescentes está asociada a resolver no sólo el problema de la droga sino los problemas asociados a su consumo (educación, trabajo). Por consiguiente, *la calidad de la atención* recibida se visualiza en función de: encontrar respuesta a la pregunta ¿a dónde ir después del tratamiento? O bien a lograr un encuentro con Dios, una nueva identidad, una nueva familia, nuevas redes sociales de apoyo.

“Usted puede estar encerrado un año en un centro de rehabilitación, el que quiera, católico, cristiano, anexo, metadona, X, pero si vuelves al mismo lugar, vuelves al barrio, vuelves con las mismas compañías, otra vez para atrás, otra vez vas a picarte, otra vez a pildorearte, porque vas a estar constantemente ahí en la tentación, entonces lo que uno tiene que hacer después de que se rehabilita es buscar una armonía diferente, ahora yo busco convivir con personas positivas”.

“La rehabilitación no termina en la vida del ser humano, no solamente por parte de las drogas, porque no sólo las drogas nos afectan, sino que también nos afectan las personas del lugar de donde vivimos”.

“Yo empecé a agarrar confianza con todos, así sí es un centro de rehabilitación, porque llegas y sientes el apoyo de todos y todos te hacen un paro para que salgas adelante y nunca piensa nadie negativo, todos piensan positivo, todos piensan que sí, que sí, que sí se va hacer y se va a poder y vamos a poder ¿verdad?”.

“A mí me decían: ‘vas a ver que el Señor te va a levantar, te va a restaurar y te va a dar un propósito, algo por qué vivir, algo por qué pelcar y te vas a quedar acá’ y yo decía que si pues tú vales, si estos marros malandros tienen esa mentalidad positiva, pues yo también la voy a agarrar”.

“Yo creo que la rehabilitación total es estar pensando cosas positivas y buscando a Dios”.

Los *cambios en la salud* reportados en el grupo de adultos varones resaltan aspectos psicológicos:

“De repente todo es más bonito, porque se despierta uno viviendo, bueno y sano y mira todo a su alrededor como está y antes yo no me daba cuenta de eso, se me oscurecía, me amanecía y haga de cuenta que siempre andaba bien loco. Ahorita ya estoy bien gracias a Dios”.

“Dios dice que después de la prueba viene la calma, después mira abiertamente con su mente más bien las cosas, más limpiamente, más abierto, más tranquilo, es algo muy grande y no es una casualidad que nosotros estemos en este lugar, es Dios, pues como dice su palabra de Dios ‘Dios ha venido a lo más vil, a lo más despreciado de este mundo, para aquellos que se creen abandonados’”.

Más que relatar los *efectos de los medicamentos* recibidos, el grupo se abocó a describir el efecto de las reglas, la disciplina y la gracia de Dios que los alcanza para evitar recaídas:

“Bien podrías haber leído la Biblia al revés y al derecho, pero su corazón y en su sinceridad con él mismo no lo es también, empiezan a atacarles los malos pensamientos y lo primero que hace uno es ir al barrio y luego luego enlazar al proveedor y de repente ya no regresas; lo primero que se le viene a uno a la mente es: ‘ya recayó’; y no es mentira porque ya nunca los vuelve a mirar uno, o los mira ya a los cuatro días y malillas, ya perdidos otra vez y por eso, varios centros de rehabilitación los tienen en distracciones muy diferentes, haciendo obras para la comunidad, son formas muy buenas para distraerlo a uno y o estar siempre encerrado”.

“Él tiene razón, pero cada cabeza piensa diferente y como dice la Biblia: ‘muchos son los llamados y pocos los escogidos’, o sea, puede entrar y salir y a las drogas y al crack, pero si Dios lo agarra como a mí me agarró, ya no nos suelta, entonces somos muy diferentes, pero sí es cierto lo que dice, pues si se

sale y se va derecho con sus amigos los que se pican, pero si le busca el lado, otras amistades que no tengan ese vicio, u otro trabajo donde no halla ese vicio, u otra mentalidad, u otra casa, como le dijo, o sea, cada quien piensa diferente y se expresa diferente”.

Al referirse a la *satisfacción del servicio* ésta, está asociada a evitar las recaídas y a saber que con la ayuda de Dios primero y el medicamento después, saldrán adelante:

“En nuestro centro nosotros estamos creyendo en la sanidad por parte del señor Jesucristo; casi siempre tenemos los medicamentos por un lado, pero para nosotros pues la oración más que nada, primeramente la oración”.

Si Dios y la espiritualidad son los factores curativos principales la *calidad de la atención* percibida es alta:

“Como dice el brother, ‘es difícil dejarlo’ pero sí se puede con la ayuda de Dios, sí se puede porque yo he visto muchos testimonios vivos ahí en la iglesia porque Dios dice; ‘lo que para el hombre es imposible, para Dios todo lo es posible’, ¿me entiende?”.

“Fue pues una experiencia bastante amarga, cualquier cosa quería yo convertirme en una pastilla, la quería convertir en cocaína, cualquier medicamento porque bastante difícil dejarlo, pues bendito sea mi padre, él me dio la fortaleza y la oportunidad de dejar todo esto sin necesidad de medicamentos y pues solamente con las oraciones que dan los hermanos”.

Los *cambios en la salud*, descritos por las participantes sólo son momentáneos y no logran producir sentimientos de mayor bienestar, ya sea físico y mental. Los medicamentos sólo producen *efectos temporales* por lo que no logran “quebrar” ni con medicamentos ni con la oración. Curarse en ellas no atraviesa por la fé, sino por sentirse aceptadas y valoradas como humanas. La *calidad de la atención* está vinculada a una buena relación médico-paciente y a un aumento en su autoestima.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 42. Utilización de servicios de salud, aspectos relacionadas con resultados

GRUPOS	CAMBIOS EN LA SALUD	EFFECTO DE MEDICAMENTOS	SATISFACCIÓN DEL USUARIO	CALIDAD DE LA ATENCIÓN
Hombres entre 14 y 20 años en tratamiento	Cambios asociados a desintoxicación y rehabilitación a través del efecto curativo del grupo. Conciencia del daño a sí mismo y a la familia.	La metadona me trae "todo adormilado". "Si quebras con metadona". Recaidas como producto de efecto-rebote.	En función de solucionar no sólo el problema de la droga sino lograr una nueva identidad. Rehabilitación: proceso que nunca termina.	¿Adónde ir después del tratamiento? Evitar recaídas y asociada al "encuentro con Dios". Nuevas redes sociales de apoyo.
Hombres entre 25 y 30 años, en tratamiento	Cambios asociados a un sentimiento de mayor bienestar, paz y tranquilidad. El gran reto: evitar las recaídas.	El bienestar logrado permite buscar alternativas para evitar recaídas cuando la ocasión es la cura.	Curarse no pasa por la salud sino por la Fé.	Dios como factor curativo principal: Para Dios no hay imposibles.
Mujeres entre 20 y 25 años que NO están en tratamiento	Mejorías momentáneas que no logran producir sentimientos de mayor bienestar físico y mental.	Sólo provocan efectos temporales; no logran "quebrar" ni con medicamentos ni con oración.	Curarse no pasa por la Fé sino por sentirse aceptadas y valoradas como humanas.	Asociada a una buena relación médico-paciente y a un momento en su autocuración.
Personal de Centros de Tratamiento	Cambios asociados a desintoxicación y a "quebrar" para luego un cambio en el aprendizaje de lo "sabrosa" que fue la cocaína.	Lograr la relación. Superar momento crítico para luego analizar problemas psicológicos asociados al consumo.	Volver a la "normalidad" y evitar recaídas a través de la oración.	En función de lograr que los usuarios busquen a Dios, a Cristo; Atención integral que abarca a la familia; a romper el estigma y a lograr la coordinación interinstitucional.
Personal Médico que trabaja en Servicios de Salud.	Solo los reportados al superar el "estado tóxico" en el que llegan.	Lograr la desintoxicación momentánea a través de otro "recetazo".	No existe ni por parte del médico, ni del usuario, sólo reportan frustración.	No existe, ya que no hay seguimiento de la problemática individual del usuario.

Utilización de servicios de acuerdo con las necesidades expresadas y nivel de dependencia

Al investigar la opinión de los participantes jóvenes sobre sus necesidades sentidas, la constante fue una “casa para el drogadicto” bajo la supervisión del IMSS que atienda y evite las cada vez más frecuentes muertes de jóvenes por sobredosis. (Cuadro 43)

También se requieren psicólogos que ayuden a clarificar “*el problema que me está llevando a usar drogas*”; para lograr una rehabilitación integral, se requiere integrar la ayuda de consejeros espirituales según ha sido la experiencia de estos jóvenes.

Respecto a las necesidades expresadas y el nivel de dependencia, mencionaron que cuando sólo se presenta el “uso” de la droga la consulta externa puede ayudarlos; cuando ya se “abusa” de la droga, los servicios de desintoxicación e internamiento se vuelven necesarios, pero cuando la “dependencia a la droga” está establecida, además de la desintoxicación e internamiento se requiere una estrecha supervisión médica cuando el tratamiento involucre fármacos. (Cuadro 44)

En el rubro de utilización de servicios y necesidades expresadas, en la experiencia de los varones adultos se hizo referencia a la falta de centros para niños y mujeres, a la falta de presupuestos para ampliar los existentes, para pagar servicios como mantenimiento y limpieza, capacitaciones y educación para adultos. Las capillas “neutras” resultan importantes en el ámbito espiritual.

“Una capilla en la que no se discrimine religión, en donde cada servicio fuera por decir, un lunes cristiano, un martes católico, un jueves mormón, un centro de verdad que sería abierto a toda religión”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El Hospital de Salud (es como le llaman al Hospital General de la Secretaría de Salud), la Cruz Roja, el IMSS y el DIF, los han auxiliado cuando se trata de problemas menores de salud asociados al uso de drogas. Los centros cristianos son los que mejor les han funcionado en casos de problemas de salud mayores asociados al abuso y cuando la dependencia es tal que se presentan emergencias por sobredosis. Son estos centros los que reciben usuarios clasificados como "enfermos terminales".

Las mujeres llegan al consenso de que la rehabilitación necesita ser integral, no sólo recuperar la salud física, sino la mental; elevar la autoestima resulta fundamental; los servicios brindados deben responder a necesidades individuales: habrá personas que requieran medicamentos, otras pláticas informativas y orientación; algunas más terapias laborales, manualidades, pero sin caer nunca en las mentiras.

Para hacer frente al uso de drogas han recurrido a centros de rehabilitación en México, pero sin lograr "quebrar"; en los servicios que brindan internamiento, tampoco han logrado los cambios esperados; la única opción contemplada son los servicios médicos en Estados Unidos y el saber que "nosotras las tecatas somos una familia, aunque estemos así encontrapuntadas".

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 43. Utilización de servicios de salud, necesidades expresadas

GRUPOS	SALUD FÍSICA	SALUD MENTAL	AMBITO ESPIRITUAL
Hombres entre 14 y 20 años en tratamiento	Sección de Urgencias para drogadictos con atención especial para casos por sobredosis y problemas asociados al consumo con personal capacitado en una "casa para el drogadicto".	Terapias psicológicas para el manejo del estigma "tecato" y para saber la raíz del por qué se consumen drogas. Construcción de nueva identidad, y redes sociales.	Nueva identidad. El encuentro con Dios.
Hombres entre 25 y 30 años, en tratamiento	Centros más amplios para atender a niños y mujeres, con servicio de emergencia y que incorporen al deporte como factor terapéutico. Un seguro de salud para drogadictos.	Centros de capacitación y de educación para adultos	Centros abiertos a cualquier religión.
Mujeres entre 20 y 25 años que NO están en tratamiento	La rehabilitación debe ser integral: no sólo recuperar la salud física sino la salud mental.	Componente indispensable en la rehabilitación y de la cual la autoestima es factor fundamental.	No se mencionó nada específico al respecto; lograr una aceptación de sus realidades y trabajar su autoestima es más importante.
Personal de Centros de Tratamiento	Reconocimiento en la práctica de las adicciones como problema de salud prioritario, incluso entre el personal del sector salud. Reconocer como válidas opciones fuera del modelo médico hegemónico; reconocer la falta de controles sanitarios para SIDA y tuberculosis.	Reconocer como válidas opciones como psicoterapias, musicoterapias y terapias de relajación.	Falta criterio para lograr que la ayuda gubernamental sea equitativa, vista ésta como valor moral y regular el punto de contacto entre estado e instituciones religiosas.
Personal Médico que trabaja en Servicios de Salud.	Superar la "urgencia" y concebir el problema como de salud pública en el que hace falta intervención de trabajo social. Se requiere estructura de apoyo especializado.	Atención cara a cara. Capacitación al personal que tiene el primer contacto con los usuarios: enfermeras y personal de urgencias.	No se mencionó nada específico.

TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

CUADRO 44. Utilización de servicios de salud en la evolución del consumo.

GRUPOS	PRIMERA ETAPA	SEGUNDA ETAPA	TERCERA ETAPA
Hombres entre 14 y 20 años en tratamiento	Manejo adecuado a través de consulta externa.	Manejo adecuado de desintoxicación a través de servicios de Internamiento.	Estrecha supervisión médica en caso que la desintoxicación se maneje a través de fármacos.
Hombres entre 25 y 30 años, en tratamiento	Han recurrido al Hospital de Salud, a la Cruz Roja, al IMSS y al DIF.	Servicios de Internamiento.	Para las "malillas resacas" se requiere supervisión médica. Los centros cristianos dan "cristiana sepultura".
Mujeres entre 20 y 25 años que NO están en tratamiento	Han recurrido a centros de rehabilitación como CECATTA.	También al servicio de internamiento	Tienen más confianza en el servicio médico proporcionado en Estados Unidos.
Personal de Centros de Tratamiento	Hace falta sensibilizar para terminar con el estigma y capacitar para que la adicción se conciba como enfermedad y no como vicio	Hace falta mayor y mejor coordinación interinstitucional y capacitación especializada en adicciones.	Mayor capacitación especializada hasta llegar al punto de conflicto por el manejo de medicamentos.
Personal Médico que trabaja en Servicios de Salud.	Hace falta sensibilizar para terminar con el estigma y capacitar para que la adicción se conciba como enfermedad y no como vicio	Hace falta mayor y mejor coordinación interinstitucional y capacitación especializada en adicciones. Brindar apoyo especializado.	Se requiere de una estructura de apoyo especializado.

TESIS CON
 FALTA DE ORDEN

V.8.2. Perspectiva de los prestadores de servicios: consejeros de centros de tratamiento

Principales características sociodemográficas

Cuarto grupo focal

En él participaron siete adultos, cuatro hombres y tres mujeres, en representación de seis Centros de Tratamiento ubicados en Ciudad Juárez, en su carácter de personal que atiende directamente a la población adicta.

Como se observa en el Cuadro 45, los antecedentes de los centros se ubican tanto en la necesidad de ex-adictos, como de personas de la sociedad civil de "hacer algo" por aligerar una problemática que en esa zona geográfica del territorio nacional, en donde alcanza dimensiones realmente preocupantes. La mayoría (cuatro de seis) tiene orientación cristiana y la experiencia en el campo, varía entre 12 y más de 30 años. Con excepción de dos que tienen entre su personal a profesionales en el área de la salud, como enfermeras y médicos con distintas especialidades, todos trabajan con ex-adictos y con base a la "fe", a la convicción de que para Dios no hay imposibles y que si ellos pudieron salir adelante, otros podrán.

Atienden a población adicta, hombres, mujeres, niños, y a personas con problemas de salud como SIDA y tuberculosis, de muy bajo nivel socioeconómico que no tiene acceso a ningún otro servicio y que son doble o triplemente estigmatizados por las instituciones de salud y las de asistencia pública y privada. Cubren un espacio que efectivamente nadie atiende y no reciben mayor ayuda del gobierno que la obtenida a través de relaciones de transferencia de pacientes y uno que otro medicamento del Hospital General de Ciudad Juárez. Los centros que representan Iglesias en el ámbito internacional, cuentan con el apoyo de donaciones económicas y materiales de cierta importancia.

Llama la atención que de los siete participantes tres hombres se asumen como ex-adictos y que las tres mujeres participantes nunca hayan consumido drogas, situación que en el grupo generó la discusión, si la experiencia propia de la adicción juega o no un papel importante, desde la empatía, para brindar un servicio con mayor calidad. Ubican la desintegración familiar como un factor causal importante de la problemática que atienden.

Disparadores y barreras para la utilización de servicios de salud

Como personal de los Centros de Rehabilitación, la mayoría de orientación cristiana, y por tener, gran parte de ellos, experiencia propia de una adicción, reportan, de manera consistente, una sensación de “vacío”, de “haber perdido todo”, como disparador para buscar ayuda. (Cuadro 38)

“Yo soy médico pediatra..., probé muchas drogas desde mi niñez..., a final de mi carrera empecé a inyectarme cocaína y heroína juntas, de ahí vino un declive en mi vida, hasta el momento que tuve que perder todo, mi familia, mi trabajo, mi dignidad, mi moral, el amor por mí mismo y fui a dar al centro de rehabilitación hace dos años y ocho meses y ha surgido una necesidad en mi corazón de darles gracias de lo que hemos recibido. Desafortunadamente cuando anda uno en las drogas pues es rechazado por la sociedad, por nuestras familias, yo estuve en tratamientos psiquiátricos, psicológicos, fui a Oceánica; ahí, este, al último me dijeron que de eso me voy a morir, la cuestión es que el único camino que yo encontré fue Cristo ¿verdad?”.

Otros disparadores son intentos de suicidio, problemas psicológicos asociados a depresiones y la confusión y sensación de fracaso ante cuadros de co-morbilidad:

“Ellos (los que solicitan el servicio) dicen: ‘yo soy usuario de alcoholes, es porque yo quiero que ustedes me curen de la adicción al alcohol, porque con la primera copa que me tomo, luego viene más’; para ellos, el usar cocaína en un momento dado, es secundario, su problema inmediato y más importante es tomarse la copa...; el usuario de cocaína pasa por cuadros muy importantes de depresión”.

Algunos de los participantes consideran que la sensación de “vacío” y de haber perdido todo se agudiza en el caso de las mujeres adictas: perciben el daño que la violencia ha dejado en sus vidas:

“Las mujeres, las de cocaína, pues es difícil tratar de convivir con ellas, de hacerse amigas; las mujeres como más mudas, no hablan, no hablan y no hablan, porque hay más orgullo en la mujer, más cuando llegan mujeres más grandes que uno, ‘¿qué me vas a enseñar, de qué me va a servir?’; lo primero que le preguntan a uno; ‘¿tu fuiste drogadicta?’; ‘pues no’; ‘entonces, ¿en qué me puedes ayudar?’”.

Barreras

El estigma asociado a las adicciones se constituye en una barrera importante para poder utilizar los servicios de salud gubernamentales. (Cuadro 38)

“Y quizás por eso se enferman, he visto estos medios hospitalarios, el rechazo total, el que alguien me diga: ‘oye, hay unos de los tuyos’, y yo digo: ¿por qué de los míos?, ‘pues ¿qué no atiendes tu viciosos y alcohólicos?’; espérate, *yo atiendo a seres humanos.....*; yo pienso que falta muchísima *sensibilidad*. Si el diagnóstico es consumir drogas, eso impide que esta persona sea atendida ahí, si consume drogas que son inyectables es peor, porque a lo mejor y trae SIDA y ya son dos situaciones por la que no le permiten la entrada a esa persona”.

También tiene su peso la *criminalización* del consumo, que actúa como barrera para la dificultad la utilización de los servicios de salud:

“Hace poco sucedió un caso con un hombre que llegó adicto a la cocaína, resulta que en la madrugada me hablaron y todo: ‘hay un hombre tirado en el patio’, le dije yo: ‘probablemente es por la malilla, así déjalo’, y me dijo: ‘no, se trató de ahorcar’....., llegó con vida al hospital general, y es muy cierto lo que dice la señorita, cuando vieron, *me interrogaron* que de dónde venía, que si era intento de suicido, etc., etc., ¿saben que dijeron?, ‘no es de ahí de los drogadictos, yo creo es tecato’ y empezaron a hablar entre ellos, entre los

enfermeros y las enfermeras y ‘¿cómo viene?’, ‘viene inconsciente’ y me metí yo con la camilla, ‘aténdalo por favor, mire cómo trae la cara, viene asfixiándose, viene inconsciente, viene convulsionándose, etc.’; entonces es muy cierto lo que aquí se dice, se necesita mucha sensibilidad.

Los centros también piden “requisitos” para entrar, “requisitos” que en un momento dado pudieran funcionar también como barreras, por el estigma asociado al “tecató”:

“Pues ahí en el centro es voluntario, que tengan voluntad de cambiar, no se exige dinero, ni posición social ni nada, pero yo vuelvo a lo mismo, que la educación de nuestro pueblo aquí influye mucho porque el oír hablar de un centro para alcohólicos o drogadictos ¡¡uy hasta les da miedo!!; el otro día nos paró tránsito y le daba testimonio y le dije: ‘suba y vea todos los hombres que han cambiado por el poder de Dios’ y dijo: ‘no, yo ¿cómo voy a subir ahí si es puro tecató, puro alcohólico, puro drogadicto?’ Entonces, influye mucho en nuestra sociedad, cuando piensan ven el centro como la casa toda sucia, vidrios rotos y todos sucios y ahí todos malolientes y cuando ven el centro y el testimonio pues yo creo que se llevan otra impresión”.

Características asociadas a la accesibilidad

Respecto al costo de los servicios (Cuadro 39) que brindan los centros de rehabilitación, se mencionó que son gratuitos:

“Estamos trabajando ahí muy a gusto, estamos dando consulta gratuita ahí en el kilómetro 25, en la carretera de Casas Grandes; a las familias de ahí de esa colonia, no se cobra ningún cinco, se les da atención médica, inclusive tenemos la bendición de darles consejería espiritual, porque muchas de la mayoría de las enfermedades son psicosomáticas, el estrés, la depresión está atacando a las familias, el alcoholismo está desintegrando a las familias, la drogadicción, inclusive de ahí mismo me los llevo a la granja, estamos

haciendo una labor lo más que se pueda global, completa, porque la necesidad es muy grande”.

A través de folletos se divulgan el trabajo que realizan estos centros, con la idea de aumentar la accesibilidad a sus servicios; algunas personas se niegan incluso, a recibir dicha información, porque proviene de personajes estigmatizados o asociados a situaciones que provocan miedo en parte de la población:

“No, incluso que cuando ayer que anduvimos repartiendo folletos, nos cerraban los vidrios: ‘no le suban, *“la salvación es gratis”*, es un folleto para alcohólicos y drogadictos, es incluso si usted tiene un amigo o un familiar, es gratis’ y solamente, o sea, la gente ya tiene temor”.

Uno de los participantes subrayó el carácter gratuito de los servicios que ofrecen, situación que, aunada a la cita anterior, evoca un viejo refrán: “Lo mejor de la vida, es gratis”. Sin embargo, se exige igualmente la respuesta del Estado, el reconocimiento de la necesidad de realizar un trabajo conjunto y bien coordinado para no duplicar esfuerzos:

“Ahora yo creo que todos aquí tenemos que recalcar algo que es gratuito, y ahí está una de las grandezas del Señor, que a pesar de que no tenemos apoyo, pues tenemos el apoyo de Dios y el Señor ve nuestro esfuerzo....., pues el gobierno está reconociendo que juntos tenemos que solucionar este problema”.

Es importante dejar asentado que el grupo consensó una característica de estos centros de rehabilitación: se trata de grupos que han encontrado “cómo ayudar, sin ayuda”, por lo menos, la gubernamental.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Dentro de la concepción de tratamiento, propia de estos centros de rehabilitación, la ubicación geográfica se considera importante, no sólo para facilitar la accesibilidad, sino para evitar “tentaciones” que provoquen recaídas:

“En el centro de rehabilitación de la granja, allá en donde viven los hombres, este, pues se pensó en el *aislamiento*, fue la decisión del pastor para que no tuvieran el acceso en la ciudad, de ir a las conectas, a los picaderos,...., pero yo creo que pues también el camión llega ahí, al kilómetro 20 y no’más tienen que caminar otro ratito, o sea, que *si hay accesibilidad*, pero es una de las razones de que yo creo que los centros deberían de estar distribuidos en zonas pues donde no hubiera tanto picaderos”.

“Estos centros de tratamiento ¿están accesibles a la gente, son suficientes?” ; “yo diría que no lo suficiente, creo que este sí están accesibles....pero creo que si tuviéramos que comunicarnos sería muy bueno ubicar los centros para saber qué lugares están más desprotegidos, yo pienso que sí hay lugares en los que todavía faltan”.

En lo que se refiere a factores organizacionales relacionados con la accesibilidad, (Cuadro 39) el dar la *bienvenida* a quienes se acercan a solicitar ayuda, es una decisión pensada dentro de un plan de rehabilitación:

“Cuando llega una persona, es decir, ya sea que nosotros lo traigamos de las calles o ya sea que la persona nos la lleven a las área se rehabilitación, yo le doy la bienvenida: ‘pásale, estás en tu casa, *es una de las mejores decisiones que pudiste haber hecho en tu vida*, aquí estamos para proporcionarte el apoyo que está a nuestro alcance? Y tratamos de empezar una amistad con él”.

Esta bienvenida cumple la función de que la persona perciba que en los centros de rehabilitación se trata de no *reproducir* el estigma del *tecato*, de no regresarles la violencia que ellos provocan como consecuencia de la que han sido objeto; refleja la convicción de que lo que necesitan es básicamente “comprensión”; refleja también una mayor sensibilidad ante esta problemática como ex – adictos que son:

“Lo que las personas primeramente necesitan es que vean que se les acepta, que se les quiere, que está en la mejor disponibilidad uno de ayudarles, porque la mayoría de ellos llegan agresivos también y dice uno ‘pues ¿quién eres?’ y ahí es donde, como dicen mis hermanos, ‘el Señor nos da el don del discernimiento’, de ver si es adicto, si viene curado o si viene excitado o si viene deprimido, si se acaba de inyectar, si viene en síndrome de abstinencia; sabemos bien que muchas veces nos mienten, inclusive para darnos los nombres, dan nombres falsos, edades falsas, pero hemos aprendido que se les tiene que dar amor, compasión, compañerismo”.

A pesar de que el personal médico es quien tiene el primer contacto con los adictos, priva y pesa más en ellos la estigmatización (Cuadro 39) que rodea al consumo, que la concepción de enfermedad que como trabajadores de salud, se esperaba que aplicarían:

“Hace falta *sensibilizar* al médico, al enfermero en salud, a todos ellos, porque desgraciadamente llega un drogadicto a un servicio de urgencias y *nadie lo ve* e inclusive le dicen ‘usted no tiene derecho a atención’, ¿por qué?, ¿por qué?, ¿por qué es drogadicto?, ¿por qué es borracho?, ‘es borracho porque quiere, vaya a otro lado’, entonces no sólo nosotros como centro necesitamos capacitación sino *el personal médico que es el que tiene el primer contacto con este tipo de personas*”.

Características relacionadas con la estructura

Una constante fue el pedir mayor apoyo por parte del gobierno para mejorar sus instalaciones; las necesidades son muchas y variadas desde espacios físicos que funcionen como enfermería, dispensario, sala de urgencias, pasando por canchas deportivas, salones donde puedan recibir clases del Instituto Nacional de Educación para Adultos (INEA), hasta espacio de “aislamiento” para evitar contagios, ya que entre los que demandan sus servicios están personas con SIDA y tuberculosis. (Cuadro 40)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asimismo, carecen de servicios indispensables como agua potable y luz, sin los cuales se dificulta y baja mucho la calidad en la prestación del servicio.

“Siendo la necesidad tan grande en la drogadicción, como decíamos, el apoyo es mínimo a nivel local, hemos tenido pacientes hombres que mueren ahí de SIDA, porque ya sus familias no los quieren, el Hospital General ya no los quiere, la Cruz Roja ya no los quiere y ahí mismo han muerto; considero que si esta reunión se ha hecho es para brindar una mejor calidad de tratamiento para el alcohol y para el drogadicto, que como volvemos a decir, son rechazados totalmente”.

La impresión general es que no se tienen instalaciones adecuadas; pareciera que la problemática analizada no entra en las prioridades *prácticas* de los gobiernos municipales, a pesar de que, en el ámbito nacional y en documentos oficiales, se asegura lo contrario; se hizo referencia también a la falta de normatividad que regule la relación Estado-ONG's:

“¿De nuestras instalaciones?, este, es bueno tocar, eso es muy importante, porque *no tenemos instalaciones adecuadas por falta de dinero*; ahora, todos sabemos que México tiene, por decir, en la frontera el empresario tiene mucho dinero, y creo que están dispuestos a ayudar ¿no?, pero falta, por ejemplo nosotros, falta la estipulación de nuestro terreno, el empresariado puede hacernos unas instalaciones buenas, deben y pueden, pero ahorita estamos, nos está estorbando el municipio, ¿por qué? En lo legal quiere quitarnos, es algo ilógico, es triste, es ingratitud, no sé, todo lo negativo, porque no nos ayuda a vivir”.

La necesidad de una mejor capacitación, tanto en calidad como en cantidad, se percibe como prioritaria, ya que dicha capacitación se relaciona más con brindar una atención adecuada que la comodidad de las instalaciones:

“Pues que nos apoyaran con medicamentos, con una enfermera, un enfermero en salud pública, que nos dieran pláticas, relaciones personales, desparasitación, vacunación, sobre el tétanos, etc., la necesidad, como sabemos, es muy grande, pero muchas veces pues *no se les brinda la atención adecuada* porque nos hacen falta accesorios, el suero, sabemos bien la fase de desintoxicación, síndrome de abstinencia, hay vómito, hay diarrea, hay anorexia, etc., etc., pero muchas veces, por la falta de esos medios y la adicción que ellos traen, se vuelven a ir, y toman *como pretexto* de que no se les puso suero, que no se les dio la pastilla y vuelven al vicio”.

La capacitación visualizada como necesaria va más allá de aprender a inyectar, por lo que se percibe cierto acercamiento a un conflicto de intereses y lucha de poder derivado del manejo de medicamentos, o bien, una preocupación por la responsabilidad que implica su correcto manejo:

“La necesidad es tanto financiera como de medicina, no tenemos medicamento, nos hace falta suero, vitaminas, muchas veces nosotros mismos, por razón de que nos inyectábamos sabemos poner el suero, pero muchas veces, como decimos vulgarmente, “poncharlos” en un absceso, entonces necesitamos el apoyo del centro de salud en que nos den pláticas sobre cómo hacerlo, cómo usar el medicamento, cómo ponerlo”.

“Para que alguien dé un servicio más adecuado con las medicinas que deben de ser, volvemos a una situación: a mí alguien me va a enseñar, pero no me enseñan los problemas que puedo ocasionar al no darle el tratamiento adecuado; si llega una persona con síndrome de abstinencia y al empezarlo a tratar le queda casi en cero el azúcar, puedo aplicarle una glucosa 10% y lo hago si voy con esa mentalidad, pero si el que llega es un diabético y lo que trae así son las manifestaciones del azúcar hasta el cielo, ¡¡lo mato!!!, por eso no es tan conveniente dar aplicación de medicamentos”.

Dicha capacitación no sólo es necesaria para el personal de los centros en los que trabajan, sino la perciben necesaria y con carácter de urgente, para el propio personal del

Sistema Nacional de Salud, entre quienes y paradójicamente, también se encuentran adictos:

“Yo creo que más que nada es poder sensibilizar o capacitar a la gente dentro de las instituciones de salud, ya que.... hay mucha gente que es consumidora y es una gran realidad”.

Los Centros participantes brindan servicios variados: se proporciona ayuda a través de:

- 1) consejería médica: tratamientos físicos con base de sueros con calcio, vitaminas, tranquilizantes, analgésicos y ansiolíticos; algunos procuran “quebrar” con terapias alternativas y naturales (hierbas y acupuntura);

- 2) consejería psicológica: psicoterapias que intentan descubrir el problema de fondo que los orilló a la adicción:

- 3) consejería espiritual, lo que llaman “Cristoterapia” que busca inculcar principios y valores que eleven la autoestima de los adictos, además de transmitir la convicción de que, independientemente de cuáles hayan sido sus faltas, “Dios viene por los caídos”:

“Una persona que se está volviendo adicta, tiene la necesidad de conseguir para la droga y tiene que robar y es ahí empieza a ser desechado por la sociedad, empieza a robar en el hogar y es ahí cuando es rechazado por la familia; sus valores morales, todos están por los suelos, creen que ya no pueden levantarse, creen que así van a morir, ese es su estilo de vida y cuando llegan a nuestro hogar de rehabilitación empezamos a plantar ahí valores, principios en sus vidas que valen mucho, que delante de Dios valen mucho”

- 4) servicios que ninguna institución brinda como atención a enfermos terminales, personas con SIDA, con tuberculosis y bien, centros donde a estas personas se les da “santa sepultura”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Quedó ausente la visión de los Centros que trabajan con base a metadona para tener más elementos de análisis sobre la polémica de si “un clavo saca a otro”.

La organización del servicio gira no sólo alrededor de lograr la recuperación física eliminando las “malillas” sino inculcando, como se acaba de mencionar, valores morales y espirituales. Trabajan junto con la policía.

La organización del servicio gira no sólo alrededor de lograr la recuperación física eliminando las “malillas” sino inculcando, como se acaba de mencionar, valores morales y espirituales.

Aunque existen acuerdos entre algunos de los centros de rehabilitación y los servicios de salud gubernamentales, específicamente con el Hospital General de Ciudad Juárez, se solicitó, de manera reiterada, una mejor coordinación entre instancias, incluso la creación de convenios, para los traslados, canalizaciones o transferencias de usuarios.

“Lo otro sería que se crearan vínculos ¿verdad?, con las instituciones que aquí sería con la Secretaría de Salud, y ¿por qué no?, podría ser con las clínicas universitarias, porque el hospital general es uno solo y yo lo veo con las personas que tienen VIH, tienen dos aislados y difícil me resulta poner yo una persona más, entonces en adicciones estamos en una situación similar”.

Dicha coordinación no sólo se requiere en el área médica sino en todas las áreas implicadas a lo largo del proceso de rehabilitación:

“En cuanto ya empiezan a comer, rápido se van para arriba..., después empiezan con el deporte, ‘¿qué te gusta, el basket?’, ahí está la canasta para el basket, ‘¿qué quieres, estar en el equipo?’, ‘¿qué estudiaste, quisieras superarte?’, ahí está el INEA, porque hay ciertos programas del INEA que no los utilizamos pero son muy buenos programas, inclusive con niños de la calle

nos han ayudado, con niños de tres años para arriba, o sea, aquí si quiere uno se supera”.

“Son tres partes, universidad, municipio y nosotros, ¿por qué no se une el municipio?; ahí está la universidad que tiene tanto estudiante, cada estudiante con un jovencito o un niño de la calle..., yo he hablado con los policías, he hablado con diferentes administraciones municipales, *a nadie le ha interesado*, hablé con las universidades porque trabajé algunos años ahí, porque unos son de un partido, unos de otro”.

Si leemos entre líneas la cita recién hecha, se perciben discrepancias entre las prioridades de aquellos que laboran en el ámbito de la salud y quienes lo hacen en el ámbito de la administración pública, ya sea municipal, estatal o federal.

Llamó la atención la coordinación entre la policía y algunos de los centros de rehabilitación, la constatación de un “secreto a voces” y la repetición de una decisión equivocada que se coloca como única solución:

“Nosotros trabajamos muy de la mano con la policía ¿verdad?, porque la policía nos lleva niños, sobre todo que están muy empapados de las drogas”, niños y adolescentes en la calle, entonces los policías se sienten impotentes..., pero quiero decirles algo que es muy importante: por lo menos el 80% la usa (la droga)..., supongamos que los estimo porque trabajamos muy de la mano..., yo acudí directamente con el jefe de la policía, me dijo: ‘dígame quién es y lo corro’ y se me hizo muy triste la falta de apoyo para ellos”.

Al final, el grupo llega a esta conclusión: “el gobierno está reconociendo que juntos tenemos que solucionar este problema”; además de superar el escollo de comunicación entre niveles reflejado en la postura institucional de querer que los centros de rehabilitación “cambien” y “hagan las cosas” como en los servicios gubernamentales.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aspectos relacionados con el proceso

La experiencia del trato cotidiano con usuarios ha permitido que el personal de los centros de rehabilitación desarrolle “ojo clínico” en el diagnóstico y revisión de las personas que llegan por primera vez:

“Son personas sumamente nerviosas, casi no duermen, están muy alterados, muy enojados, no tienen apetito ¿verdad?”

“Son hombres que llegan muy acelerados, llegan acabados de darse un pase, llegan al centro hablando, hable y hable y aquello que tuvieron dinero, que tuvieron muchos carros, etc., delirios de grandeza, etc., etc.,..., son gente que llega con mucha inestabilidad y los demás días que duran, si es que duran, son días de depresión”.

Dentro del tratamiento proporcionado en los centros, los primeros días son cruciales:

“Son personas muy irritables que tienden a retraerse, a aislarse, inclusive cuando uno quiere hablar con ellos forman barreras, pero pos es nuestro ministerio, hacer la labor de evangelista, darles nuestro testimonio de cómo el Señor ha cambiado nuestra vida, que en ellos también se puede hacer la obra, pero *los primeros días, que son la fase que nosotros llamamos la malilla* son los días más difíciles; todos hacemos lo mismo, consejería espiritual, que si le duele la cabeza, pues darle una pastilla, inclusive ¿saben qué?, los placebos, yo uso muchos los placebos, *les doy una pastilla para la diarrea diciéndoles que es para que se tranquilicen*”.

La única referencia al concepto de adicción que manejan fue la siguiente:

“Es importantísimo buscar lo que de alguna forma origina el problema de drogas ¿no?, hay que fundar el problema de fondo, *la adicción ya es una consecuencia de*, hay que buscar el por qué de y contar con una trabajadora social con mucha experiencia dentro de la atención de grupos de familias”.

La desintegración familiar aparece como un factor que propicia la adicción.

Para la mayoría de los centros participantes, la combinación de Fe con medicinas (entre más naturales mejor, para no alterarlos más) se constituye en la mejor opción de tratamiento. (Cuadro 41)

“Es que muchas veces llegamos al centro de rehabilitación con unas heridas físicas, no tenemos algodones, que alcohol, que todo eso, porque la necesidad que yo digo, *nosotros vivimos por fe*, entonces es ese apoyo el que necesitamos de verdad”.

“Lo más difícil es tratar de cambiar la mentalidad, incrementar la autoestima del ser humano, verlo tal como es, un ser necesitado de nuestro apoyo; ya dentro mezclamos lo que es la medicina natural, la aromaterapia, el consejo cristiano, ponemos sueros con calcio, vitaminas, algún analgésicos para disminuir las molestias físicas que muchas veces son el detonante para buscar una dosis de cura en cuanto pasa lo más crítico de su abstinencia, pero sí lo apoyamos con medicamentos naturales, se llegan a relajar con acupuntura, pues son cinco puntos los que manejamos..., estabilidad, relajación, hígado, pulmón y riñón..., tenemos buenos resultados.

“Mira, *Cristo puede cambiar tu vida*; tienes que poner mucho de tu parte, no va a ser fácil, etc”; ese tipo de terapia es una terapia inicial, donde primeramente nos ponemos en contacto y ya después de ahí pues se les pasa al hospital, donde ahí a ellos dos semanas se les cuida; luego se inician en la palabra y ellos son los que se encargan de la segunda fase que sería pues darles

tratamiento, sobre todo que ellos vean que se les ama, el afecto, el cariño, la misericordia, no tenerles lástima; sabemos que todos venimos de un mundo triste, pero yo creo que eso es lo primordial, que sientan ellos que se les quiere, que se les acepta y que estamos para ayudarlos”.

Al principal factor curativo, CRISTO, se une el factor grupal y la importancia del *testimonio*, o sea, la experiencia viviente de la rehabilitación conseguida por compañeros del grupo, todo lo que redundará en elevar la autoestima de los usuarios:

“La Biblia dice: ‘aunque mi padre y mi madre me dejare, es Dios quien te está recogiendo, es Dios quien te está trayendo a un lugar donde te vas a sentir acompañado’; les digo que van a estar en un lugar con una familia, nosotros somos tu familia, nosotros somos tus amigos, somos tus hermanos, tómanos como tu nos quieras tomar, como tu líder, como tu amigo, como tu hermano, como me quieras tomar y me presentó, cómo me llamo y qué función desempeño ahí en el centro y de esa forma pues se empiezan a abrir su corazón y sí podemos tratarlos más de cerca”.

El compartir la experiencia propia a través del *testimonio* significa en algunos centros *ejercen un ministerio*; al hacerlo, la propia sanación del *pastor* se fortalece:

“Bueno ahí donde trabajo su servidor es el que platica con los que van llegando; yo acostumbro decirles ‘Dios me levantó y puede hacer lo mismo contigo’; yo me igualo a él, ¿por qué?, porque *es la terapia que el Señor me da a mí*; si a mí me dieron amor, me toca dar amor y comprensión, que sienta que ahí hay apoyo, que sienta que *nosotros fuimos también rechazados*”.

“Yo he querido ayudar al drogadicto, entonces ahí está la realización de mi vida, nunca dejaré de ayudar al drogadicto, pero también *estoy más segura en mí misma, en mi fe*”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

De esta manera, la relación médico/pastor/exadicto – paciente/usuario/adicto se convierte en un aprendizaje mutuo:

“Uno va aprendiendo a través del tiempo con el usuario, más que nada aprender que *son seres humanos igual que uno*, el hecho de poder manejar las frustraciones del ser humano”.

De manera contrastante se observa también que el logro en la recuperación de adictos provoca en los ex – adictos pastores la convicción de ser un *instrumento de Dios* para la salvación de terceros, sentimiento muy propio de personas con cuotas de poder dentro de instituciones religiosas:

“A mí me pasó algo, es un pequeño testimonio de un hombre durante el proceso que tengo de recibir a Dios desde hace cuatro años; un camarada me mandó a un muchacho que andaba usando drogas y me dijo ‘ahí te lo encargo’, y al instante sentí como una carga en mi corazón por cuidar muy bien de este joven y ya cuando tenía como cinco días conmigo, estaba tomando medicamentos para dormir y un día lo vi muy desesperado, golpeando la pared, tenía las manos reventadas... y estaba diciendo malas razones y le pongo la mano así y ‘¿qué le pasa a mi chavo?’; yo le decía mi chavo, ya antes había estado sirviendo a Dios y se resbaló y se cayó una vez más, estaba difícil... y empecé a sentir como la presencia de Dios, oré por él y el joven me miraba, no sé, como un héroe: ‘mira a Dios, él me usó para que yo te alivianara’ y estaba muy agradecido este joven”.

El manejo de situaciones por *sobredosis* se reporta aquí, como en todos los grupos analizados, como el Talón de Aquiles de estos centros:

“Creo que esto es muy importante, ver si no está en riesgo la persona que está con nosotros, porque si me viene con que se acaba de dar un pase, se me puede quedar ahí y si yo no manejara esas cuestiones y he tenido ese tipo de

experiencias y cuando menos pienso tengo que actuar rápido, si no, no sé cuántos se me hubieran muerto, porque es una *terapia intensiva* y para mí es mucha responsabilidad.

Aspectos relacionados con resultados

Respecto a los *cambios en la salud* éstos se asocian a la desintoxicación y a vencer la “malilla” en un primer momento, para luego dar el *salto de calidad* y llegar al ámbito espiritual, a la necesidad de lograr un *cambio del cassette que gravó que la cocaína fue muy sabrosa*. La relajación provocada por la acupuntura se ubica en esta dirección. (Cuadro 42)

La *calidad de la atención* está asociada a superar no sólo los problemas de salud física y psicológica, sino en lograr que los adictos busquen a Dios:

“Lo que nosotros hemos visto ahí, la mayoría de los hombres cuando se siente bien físicamente, que pasaron la abstinencia, la malilla, si no quieren buscar a Dios, si no quieren cultivar su vida espiritual, lo más seguro es que vuelvan atrás, *el hombre sin Dios no es nada*; si el hombre no tiene una convicción ni la mujer en cultivar su vida espiritual, en tener *temor a algo, un temor reverente a Dios*, pues es muy difícil que camine, si realmente no estamos arrepentidos de lo que hemos hecho, pues va ser muy difícil que cambiemos”.

La *calidad de la atención* abarca a las familias de los usuarios:

“Nuestra meta y nuestra visión es seguir proporcionando el apoyo más adecuado, inclusive el lema de nuestro ministerio ahora es “LEVANTANDO EL ESTÁNDAR”, que significa el dar un mejor servicio, mejor calidad de servicio, mejor consejería, estamos trabajando con las familias, porque nos damos cuenta que la raíz de los problemas es que la mayoría de los hombres o

mujeres que llegan a nuestro centro de rehabilitación vienen de una familia desintegrada, son personas inclusive que se crearon sin sus padres”.

Los participantes aseguran que los adictos pueden *volver a la normalidad* y que a través de la *oración* pueden evitar las recaídas:

“¿Cuáles son los resultados de los tratamientos que ustedes brindan? Se vuelven a la normalidad, eso ni hablar, que dicen: ‘¡ay! ¡no es cierto!’; científicamente o teóricamente, médicamente pueden decirlo pero saben en su experiencia que *si se recuperan*; si alguien vuelve es porque en la mente queda como un cassette que fue muy sabrosa la cocaína, ‘no se te va a borrar nunca y cuando venga a ti, pues sustitúyelo: aprende a orar’; muchos cristianos no han probado el poder de la oración

La *calidad de la atención* vista como un servicio *integral* y brindada por estos centros de rehabilitación puede tener otro indicador si se examinan los motivos por los que los usuarios prefieren acudir, de primera instancia, a ellos y no a los servicios de salud públicos:

“¿Por qué es que muchos de los que acuden con ustedes ni siquiera pensaron en ir a otra institución? Yo pensaría que si voy a un servicio de urgencias, socialmente estoy aceptando que tengo problemas de drogas, si voy a un centro de otra índole, de alguna forma yo no estoy dentro, como que me resbala un poquito esto, y *todavía me puedo dar una oportunidad*. Voy más con quienes entienden y no me estoy desnudando; acá me tengo que desnudar, en términos de mi aceptación. Pero sería una, las otras dos es que pienso que por su familia o por su vecino o su iglesia le dijeron ‘acude a un centro, acuda ahí donde les dan...’, les llegó *información*; del otro lado, *no llega nada*; otra es que sabemos que somos *religiosos*, somos *la imagen de dios que hay en cada ser humano*, esa es otra”

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sin embargo, les hace falta la *excelencia*, dificultada por la falta de coordinación, entre los mismos centros y con los diferentes niveles del gobierno:

“Yo también pienso que el trabajo que estamos haciendo es bueno, yo lo califico como bueno, *me falta la excelencia, mi excelencia*. Unidos podemos hacer grandes cosas, miren, ha sido una ilusión y esa como que no se me ha hecho, viene una *desilusión* cuando uno ve mucha indiferencia principalmente en los gobiernos”.

Utilización de servicios de acuerdo con las necesidades expresadas y nivel de dependencia.

La realización de la presente investigación creó expectativas entre el personal de los centros de rehabilitación, quienes la aprovecharon para exponer sus necesidades más sentidas; expresaron su deseo de que las cosas cambien (“*confiamos en que las dependencias gubernamentales van a tomar cartas en el asunto*”); puede pensarse que el cambio al que hacen referencia sea el del estatus de “población oculta” que se le asigna a los usuarios que utilizan los servicios de estos centros, el que dejen de ser *invisibles* para el gobierno y que éste por fin, “los vea y los oiga”.

Puede pensarse que el cambio también se refiere a que se contemplen como válidas opciones que hasta ahora han quedado fuera del modelo médico hegemónico, como son la acupuntura, terapias de relajación, musicoterapia y psicoterapia. (Cuadro 43)

Puede significar incluso que el gobierno asimile que dentro de las propias instituciones de salud y de seguridad pública y privada se consumen drogas y que existen fuertes problemas de adicción entre funcionarios públicos, burócratas y profesionistas.

El que pacientes con SIDA y tuberculosis estén muriendo en estos centros es otra realidad que requiere ser vista y atendida en su justa dimensión (controles sanitarios,

estadísticas oficiales) por el sistema nacional de salud; en pocas palabras, se hizo evidente y se reconoció que el gobierno no ha sabido crear la *respuesta social* ante la necesidad de salud que las adicciones representan; pero esta ausencia de respuesta social sólo es para sectores de población muy afectados social y económicamente, porque para las personas con recursos existen centros reconocidos y avalados oficialmente como Monte Fénix y Oceánica.

Este grupo concluyó con reflexiones tales como:

- ✓ ¿Bajo qué criterios y valores debe, la instancia pública, brindar ayuda a estos centros de tratamiento y además asegurar que la ayuda sea equitativa?
- ✓ El recurrir a esquemas de subsidios y financiamiento hacia estos centros, ¿sería una opción más barata para el Sistema Nacional de Salud que montar otros sistemas?
- ✓ ¿Qué problemas pueden preverse al mezclar la religión con la política, en este caso, con la política de salud?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 45. Características principales de los centros de tratamiento

NOMBRE	ANTECEDENTES	PERSONAL ACTUAL	POBLACIÓN QUE ATIENDE	DE QUIÉN DEPENDEN
Casa de la Libertad Bethel	Ante el gran problema de la drogadicción de los jóvenes y el contacto con un "cholo" en Ciudad Juárez, surge el interés personal de hacer algo por parte de una mujer joven; 15 años de experiencia en la rehabilitación de adictos	La mujer joven (que nunca ha tenido contacto directo con drogas) y el exadicto recuperado.	En la Sierra Tarahumara, Niños y Adultos.	De donaciones de empresas particulares como las maquilas.
Ministerio Agua Viva Mujeres	Encabezado por un pastor cristiano ex - adicto que fue "alcanzado por Dios"; 16 años de trabajo	Ex - adictos y mujeres que han sido "alcanzados por el pastor".	Mujeres	De donaciones de particulares.
Programa Compañeros	Programa de prevención del VIH-SIDA que condujo a trabajar con usuarios de drogas inyectables; 12 años de experiencia.	Enfermera titulada y médico con manejo de acupuntura.	Seres humanos que han caído en problemas de alcohol y drogas	De donaciones de particulares.
Amoc Viviente	Ex - adictos de orientación cristiana que fueron salvados por Dios y que han decidido dedicar su vida a salvar a otros (ejercer un ministerio). Un año de experiencia en Ciudad Juárez.	Ex - adictos en coordinación con el Hospital General de Ciudad Juárez.	Población adicta	De lograr buena relación con el personal del Hospital General.
Alcance Victoria	Ministerio surgido en Los Ángeles CA, USA, con más de 30 años de experiencia y con iglesias en diferentes países (Estados Unidos, Brasil, España). Cuentan con seis centros en Ciudad Juárez y una casa para ex - adictos.	Ex - adictos en coordinación con el Hospital General de Ciudad Juárez. Cuatro años de experiencia.	"Caídos de la mano de Dios" que quieren recuperarse.	Donaciones de las iglesias que representan.
Ministerio Agua Viva Granja	Encabezado por ex - adictos con el "sentir de alcanzar a alcohólicos y drogadictos", de orientación cristiana. Centros similares en Chihuahua y Aguascalientes	Médico pediatra ex - adicto, con dos años de experiencia en la rehabilitación de adictos.	Hombres adultos 78 en el momento de la entrevista	Donaciones médicas por parte de hermanos de Canadá. Su servicio es gratuito.

TESIS DE DOCTORADO
 FALTA DE ORIGEN

V.8.3. Perspectiva de los prestadores de servicios: personal de los servicios de salud

Principales características sociodemográficas

Quinto grupo focal

En él participaron cinco adultos, tres mujeres y dos hombres, en representación de cinco servicios diferentes del Sistema de Salud gubernamental en Ciudad Juárez, que aunque no de manera directa, brindan atención a la población adicta.

Como puede observarse en el Cuadro 46, las instituciones representadas son:

- Hospital #6 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).
- Hospital General de Ciudad Juárez.
- Servicios Médicos Municipales.
- Departamento Dental de la Cruz Roja.
- Escuela de Paramédicos.

Las áreas de trabajo específicas donde laboran los participantes son: Departamento de transfusión sanguínea, cursos médicos sobre prevención en el uso de drogas de abuso, consulta externa, urgencias, asistencia social y atención con paramédicos. La experiencia de estas personas dentro del Sistema de Salud varió entre 8 meses y 28 años. Tres de ellas son médicos generales, uno es médico con especialidad y otra es enfermera general.

Los principales problemas de salud detectados y asociados al consumo de cocaína son:

1. Muertes por sobredosis. (uno de los médicos mencionó que en los últimos 20 días, llevaban aproximadamente 80 defunciones por exceso de droga en la ciudad)

2. Plaquetas alteradas. ("tuve dos personas, uno con 5 mil y otro con 7 mil de plaquetas")
3. El impacto en los bancos de sangre de la hepatitis "C". ("tenemos un promedio de 9 donadores de 600 mensuales que captamos con hepatitis "C")
4. Atención de partos en usuarias de drogas.
5. Problemas de hemorragias en el tabique nasal.
6. SIDA entre usuarias de cocaína.
7. Tres choques en promedio por semana por consumo de drogas (barbitúricos y anfetaminas), entre otros.

Los datos estadísticos mencionados son que en diciembre de 1999, habían atendido por cocaína, dos hombres y una mujer; por heroína, tres hombres y una mujer; por *speedball*, dos hombres y por otras drogas, ocho personas; la proporción por sexos es de ocho hombres por cada tres mujeres. Estuvieron de acuerdo que en promedio atienden tres usuarios por semana.

Dos de los participantes nos conocían porque habían colaborado en trabajos realizados con anterioridad en la Secretaría de Salud, en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. (SISVEA)

Disparadores y barreras para la utilización de servicios de salud

Disparadores

La primera respuesta obtenida en este grupo a la pregunta: *¿cómo fue la experiencia que tuvieron cuando llegó por primera vez a su servicio un usuario de cocaína?*, es reveladora de la magnitud del problema de las adicciones en Ciudad Juárez, y que, de alguna manera, funcionan como disparadores del uso de servicios de salud y evidencia sus limitaciones:

“Me quedé sorprendidísimo al ver la *facilidad* con la que se puede conseguir sustancias tóxicas y más que todo ver la *edad* en la cual se ve el uso de estas sustancias; con el tiempo me hice otra segunda pregunta: ‘¿qué voy a hacer con él?’, en el sentido de ¿hacia dónde más lo voy a pasar, qué más necesita este paciente, en qué más le puedo yo ayudar, en qué más le puedo echar la mano a este *pobre paciente*?”

La preocupación y ansiedad que genera en la *familia*, (una de las entidades sociales más afectadas), el fenómeno analizado, se reporta como otro disparador frecuente en la experiencia de estos médicos, ansiedad que los confronta, como en la cita anterior, sobre si tienen o no los conocimientos necesarios para tratar a este tipo de paciente, o si existen lugares, dentro del sistema nacional de salud, especializados en su atención:

“A mí en lo personal, con mi primer paciente, ver la forma en que afecta no nada más a él, sino a su familia..., fue la mamá con este joven y me dijo: ‘doctora, ¿sabe qué?, él es drogadicto’ y en ese momento dije: ‘y, ¿cómo lo voy a atender?, pero sí vi la ansiedad que tienen las familias; yo en ese momento, lo único que conocía era el Centro de Integración Juvenil y me dice: ‘pero ¿cómo lo llevo, si lo tengo que llevar casi a rastras?’, yo sí me sentí mal de no poder ayudar en ese momento a la señora”.

El lidiar con el *momento crítico de la abstinencia* es un disparador frecuente:

“Van en el momento crítico de la abstinencia, en el momento crítico de que les falta la droga, van a pedirnos ayuda, pero quieren que los saquemos en el momento..., suena mal decirlo pero nosotros tenemos empleados de todas las dependencias que están afiliados al seguro que son fármaco-dependientes y de todas partes, entonces sí hemos visto que en realidad *no van por una ayuda real*, sino la momentánea, en ese momento quieren que les dé un “recetazo” con algo para solventar, para pasar la noche, para mañana que consigan..., pero no es ese el tratamiento que ellos necesitan, el 90% no van al fondo de la regeneración sino van al momentito, a sacarme ahorita y a ver mañana cómo lo hago, yo entonces sí veo que estamos tremendos en ese aspecto”.

Al igual que en el grupo cuatro, es evidente para estos participantes que la adicción es un problema no sólo de población con carencia de recursos y conocimientos, sino de burócratas, médicos, enfermeras y enfermeros, policías. (Cuadro 38)

“Nosotros tuvimos una persona muy especial, un policía; y esa persona confiesa; yo siento tanta compasión; estaba consciente de su trabajo y estaba desesperado. Lo canalizamos a CIJ”.

Barreras

Aunque estos trabajadores del sistema de salud manejan una clasificación de los usuarios (1.- el usuario de consulta externa y 2.- el fármaco-dependiente que llega a urgencias, sobre todo los fines de semana), admiten que tienen “limitaciones” en brindarles atención:

“Son dos situaciones diferentes: una es el usuario que llega a la consulta externa y otra el fármaco-dependientes que llega a urgencias y que pues te da gusto que llegue uno así porque sale de volada, proezas que llegan en un coma de heroína sobre todo y ¡sale el antídoto!, y te da la sensación de que ganaste en ese momento, a la semana te van a regresar, a lo mejor antes, *pero realmente nosotros como unidad hospitalaria no tenemos posibilidades de ir más allá de sacarle de su problema crítico*”.

Afirman que los usuarios tanto hombres como mujeres, se quejan y justifican dolores en la consulta externa para obtener el “recetazo” al que se hizo referencia, que al no ser otorgado, se convierte en otra barrera para la utilización del servicio. (Cuadro 38)

“Lo que también está pasando últimamente es, como dice el doctor, llegan a justificar un dolor para que se les dé algo; ‘entonces le doy una...’; ‘no, eso no, mejor recéteme esto otro’, ‘no, es que no me vas a decir tu qué te voy a dar’, y

me dicen: 'no, nada más esto me lo quita, nada más esto me hace'; 'no, es que eso yo no te lo puedo dar'".

Al respecto se comenta en el grupo que *los mejores farmacólogos del mundo son los adictos* por el conocimiento que llegan a tener sobre el empleo de las sustancias.

Aspectos relacionados con accesibilidad

Los participantes de este grupo no abordaron el *costo* de los servicios que brindan a la población usuaria; respecto a factores organizacionales se mencionó sólo que tienen *limitaciones*, como unidades hospitalarias para ir más allá de atender urgencias. (Cuadro 39)

El *estigma* asociado al usuario se presenta, incluso, entre los médicos que están en formación:

“¿Podríamos decir que su personalidad (la de los usuarios) es de tal manera?. Pues yo creo que sería muy aventurado, mira, por ejemplo, aquí es muy frecuente sobre todo los médicos jóvenes, nuestros médicos que están en formación dicen: ‘¿sabes qué?, ese está tatuado, de seguro usa drogas’; por ejemplo, en Estados Unidos, nosotros tenemos una gran influencia de Estados Unidos, todos los actores y los chavitos andan tatuados y no puedes decir que todos entonces....; lo que sí encuentras es el fármaco dependiente que está muy dañado, ese sí, porque lo encuentras este, con pérdida de peso, desnutrido, no hay base muscular, siempre anda con sus mangas largas, o si no, se le nota en las venas, pero así que digamos, por ejemplo, como el que le llegó a la compañera, si la mamá no le comenta, él no dice nada”.

De manera contrastante, los participantes han desarrollado mayor sensibilidad a la observación de síntomas físicos asociados al consumo de cocaína:

“Los usuarios de coca, sí me he fijado que tienen mucho eso, la alergia, son terribles y estamos viendo cuando usted trae una alergia, trae la nariz tapada, no puede respirar bien, yo me fijo en muchachos jóvenes, de unos 25 a 30 años que son solteros, que traen su muy buen carro, que llegan en la noche con sus cheves y así todo eso y yo me fijo que tienen mucho eso, por ejemplo, se meten al baño, se ponen su toque y salen ya bien”. “Se van a polvear”.

Aspectos relacionados con la estructura

Se hizo referencia a que los servicios de salud que ofrecen los hospitales son, en su mayoría, para los usuarios de fin de semana que llegan saturados; los servicios se ofrecen con el objeto de sacarlos de la urgencia. (Cuadro 40)

Se requiere una capacitación en adicciones, necesaria para los diferentes profesionales que confluyen en la atención a los usuarios; ésta debe plantearse como opción y no imponerse; deberá considerarse también cierto “perfil” del profesional de salud, puesto que trabajar con este tipo de usuarios es una *“labor muy humanitaria”*:

“La capacitación debe empezar en el momento en que las personas la quieran aceptar, porque si vamos a imponer a alguien que no le gusta y que no la quiera, va a ser un fracaso. Yo no tengo nada que ver con eso; si ustedes lo empiezan vertical y descendente, eso no va a funcionar”.

“Es que deberían tener un perfil, hacer un examen psicométrico, porque yo creo como todo, cada uno nos enfocamos a un área de esta labor, porque esta labor es muy humanitaria”.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Aspectos relacionados con el proceso

Para los médicos, la revisión y diagnóstico de los usuarios es algo conocido, como puede apreciarse en las citas anteriores y en la siguiente: los usuarios sólo llegan a “curarse” la abstinencia, por lo que el tratamiento gira básicamente alrededor de ese objetivo: (Cuadro 41)

“Tengo el caso de un deportista local que tuvo un accidente cuando andaba en el pasón de fin de semana; le llegó la cruda moral, aparte de la cruda que le había pegado la loquera que se puso e iba a buscar apoyo, pero ‘¿estás definitivamente consciente que lo quieres dejar, o nada más vienes por la cruda moral que te hizo la pérdida de tu carro y el daño que le hiciste a tu familia?’, ‘es que me voy a mi concentración’, y ‘¿crees tu que así como estás puedes hacerlo?, ‘es que siempre lo había hecho’, quiere decir que no era la primera vez”.

Este patrón de fin de semana parece no convencer a todos ni ser avalado por los datos estadísticos:

“Fíjate que en este reporte que tengo aquí ‘días de la semana en que se tienen más usuarios de cocaína y heroína’, y especialmente tengo cuatro en miércoles y cuatro en sábados, el viernes tres y realmente no hay una diferencia clara”.

Existen claras limitaciones tanto en personal calificado en salud mental pública como en adicciones y en la organización de los servicios (tiempo en que se dan las citas) para poder dar un salto de calidad:

“Es que realmente el apoyo debe ser así bien planeado y muy profesional, se requiere un apoyo a la formación académica para darlo y este, la verdad aquí

en el hospital general tenemos un psiquiatra para toda la población abierta que llegue; entonces tu lo pasas y te dicen que la consulta te la dan como dentro de dos meses, además que realmente no va a regresar y pues no hay psiquiatra de guardia para poder decir: '¿sabe qué?, mientras sale de su coma, hágale al psiquiatra de guardia o al psicólogo de guardia'".

De acuerdo con la experiencia acumulada en el contexto de atención en situaciones de emergencia, la relación médico – paciente no logra consolidarse para que sea, por sí misma, factor terapéutico:

"Estarse un ratito con él (el usuario), platiqué así en ese momento y es difícil que esa persona que en ese grado de intoxicación, con ese grado de drogadicción te haga caso; hay muchos que dicen: 'sí gracias por sus consejos, bye, bye y los seguiré' y a la semana vuelven otra vez".

En este grupo también afloró el problema del manejo de medicamentos por parte del personal de salud que no sean médicos generales y/o especialistas; se hizo referencia además a que el manejo de medicamentos se da en el ámbito de una consulta y no de "dar un mensaje":

"Yo siento que la enfermería en México, algo que a mí me preocupa mucho, porque la enfermera está suficientemente capacitada y tiene una licenciatura y todo, pero la enfermera no tiene margen de dar medicamento; yo he visto, de manera general, les comento de cursos, de esto y lo otro y van con unas ganas, un ánimo, pero no se puede por esto, no se puede por lo otro, como que hay muchísima limitación; necesitamos crear eso, conciencia a las instituciones que hay una necesidad intensa, necesidad que tanto el médico como la enfermera, el psicólogo, la trabajadora social se preparen en sus ámbitos y estar conscientes de que cada vez dan *consulta* y no dan *mensajes*".

FALLA DE CARGÓN

El grupo aceptó la presencia de ciertas “actitudes” de ellos hacia los usuarios que matizan la relación médico – paciente:

“Yo he notado una actitud como de *incomodidad*, no por ser desprecio, pero incomodidad: un día vino Pancho, otro día vino malo otra vez, es como de *desprecio* es lo que yo siento”. ¿por qué podrá ser eso?, por la agilidad de los servicios, que *estorban*.”

“Y por otra parte también porque en muchas ocasiones el fármaco-dependiente está ligado con delincuencia y fijate que este es un comentario que les he escuchado: ‘llegó fulanita y ya salió de su droga y la semana que entra viene y se roba el carro de cualquiera de nosotros’ y bueno, esta es una de las razones y como te digo, son comentarios así textuales”.

Además de administrar medicamentos, *platicar* con los usuarios forma parte del tratamiento ofrecido:

“Llegan intoxicados con eso que le llaman agua celeste y ya afuera, el rato que lo tuvimos ahí, no había más cosa que hacerle que esperar a que pasara el estado tóxico en que llegó, inclusive lo que hacemos de momento es platicar con la gente, la mamá estaba en el carro, la tía fue la que lo llevó al servicio de urgencia”.

Aspectos relacionados con resultados

La calidad de la atención en este grupo, como en la mayoría, se asoció a encontrar opciones viables para el *seguimiento* y encaminadas a evitar las recaídas y resolver la gran pregunta: una vez que se supera la emergencia, luego ¿a dónde?. (Cuadro 42)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

“Bueno, en lo personal creo que sí hace falta mucho el apoyo de trabajo social..., entonces sí debería de darse más apoyo en lo que es trabajo social”.

Utilización de servicios de acuerdo con las necesidades expresadas y nivel de dependencia

Se necesita mucho trabajo social, porque las adicciones están presentes en prácticamente cualquier sector de la población:

“Trabajamos con los policías, en el CERESO, con mujeres y con la población, todo lo que es empleados municipales, derechohabientes y hacia fuera ¿verdad? Con la comunidad, pero se necesita mucho trabajo social”.

Para brindar un mejor servicio a la mayoría de los usuarios que utilizan este tipo de servicios (los de fin de semana) se requiere *una estructura de apoyo especializada*, en la que ellos, como médicos generales, se ubican sólo en el papel de asesores o capacitadores:

“¿Cómo pediría usted esa estructura?, pues fundamental para una trabajadora social que es lo ideal, no porque sea el personaje más capacitado, porque se puede capacitar a quien usted quiera y usted mande, puede capacitar a cualquier gente, es para adquirir más conocimientos sobre esto, pero sí que estuviera capacitada por psiquiatría, psicología, por otro grupo de gentes, inclusive investigadores del campo para ver qué está pasando en su colonia, en su barrio, con su familiar”.

La *atención cara a cara* se considera factor importante en el tratamiento de los usuarios, condición que, en las actuales circunstancias en las que se presta el servicio, no es posible. (Cuadro 43)

TESIS DOCTORAL
FALLA DE ORIGEN

“Se requiere un contacto personal necesario para el cuidado de un paciente drogadicto, pero ahora sí que están mucho más cortos en todos los servicios”

Se menciona además como necesaria una *capacitación* para todo el personal de salud que tiene el primer contacto con los usuarios, en especial las enfermeras y el personal de los servicios de urgencias; el contenido de dicha capacitación genera polémica debido a que hay quienes opinan que, en pro de la prevención, no se puede ser tan específico y enseñar cómo fabricar anfetaminas caseras, como llega a suceder en Estados Unidos. De forma contrastante, hay también quien opina que en la actualidad, los niños oyen de drogas desde que están en la primaria por lo que desde ahí se les tiene que hablar del tema.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 46. Características principales de los representantes de los servicios de salud gubernamentales

INSTITUCIÓN QUE REPRESENTAN	ÁREA DE TRABAJO Y ANTECEDENTES LABORALES	PREPARACIÓN
Hospital 6 del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).	Especialidad en Medicina Transfuncional. e impartición de cursos a policías fiscales sobre prevención en el uso de drogas de abuso. Cuatro años y medio de experiencia.	Médico con especialidad, pero no en adicciones.
Hospital General de Ciudad Juárez.	Jefatura en Consulta Externa. Área de Urgencias. Con 28 años de experiencia.	Médico General.
Servicios Médicos Municipales.	Coordinación de Asistencia Social.	Enfermera General.
Departamento Dental de la Cruz Roja.	Consulta en la Cruz Roja.	Médico General.
Escuela de Paramédicos.	Director de la Escuela de Paramédicos. Atención médica general. Ocho meses de experiencia.	Médico General.

TESIS CON
 FALTA DE CHEQUEO

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La planeación y diseño de esta investigación responde a un esquema que integra, desde diversas perspectivas teóricas y metodológicas, el consumo de drogas en especial de la cocaína y el uso que hacen estos usuarios de los servicios de salud disponibles en Ciudad Juárez. Cada uno de los objetivos propuestos consideran los aspectos anteriores y que la relación que existe entre el consumo de esta droga y los disparadores, barreras y uso de los servicios, forman parte de una red que requiere de la comprensión del fenómeno en conjunto. Asimismo se ubica como uno de los primeros estudios que recaba información específica y detallada sobre la historia natural del consumo de la cocaína en contraste con otros, donde solo se describen los patrones de consumo y algunas características sociodemográficas de estos usuarios.

La investigación abarcó desde el reconocimiento de los centros de atención especializada para problemas por consumo de drogas en Ciudad Juárez, evaluando su accesibilidad y disponibilidad, la cual por cierto, suele ser muy variable ya que han llegado a contar hasta con más de 30 centros (principalmente religiosos) para responder a la creciente demanda de atención, sin embargo, por diversas circunstancias y ante la falta de la aplicación de la Norma NOM-028-SSA2-1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (SSA-NOM 028, 2000) que rijan su apertura y características de atención, origina el constante cierre de ellos de tal forma que al inicio del estudio se censaron 31 de estos y cuando se realizó el levantamiento tan solo se localizaron diecisiete.

Se consideró en este trabajo a la técnica de grupos focales como adecuada, ya que permite el contacto con la población que se desea investigar y promueve la interacción entre los participantes, fomenta respuestas más ricas al aportar ideas nuevas, originales y más cercanas a la realidad de la población de interés.

Estos grupos permitieron conocer el significado que los participantes confieren a la problemática del consumo de cocaína en Ciudad Juárez, además de que reflejaron la

diversidad de los *actores*, colocados en diferentes lugares de la estructura social. Como puede observarse en los resultados, tuvieron representaciones colectivas y prácticas similares, pero también conocimientos diferentes, conflictivos y hasta antagonicos. Por lo tanto, como comenta Menéndez, "...recuperar la perspectiva del actor, supone hacer evidente *la diferencia, la desigualdad y la transaccionalidad* que caracteriza a nuestra sociedad". (Menéndez, 1997)

Todos los participantes compartieron la misma ubicación geográfica: la geopolítica de una frontera de más de cuatro mil kilómetros y la relación históricamente única con Estados Unidos, que como fue evidente, tiene un enorme peso en el fenómeno analizado. La búsqueda permanente de mejores condiciones de vida a través del "sueño americano", la mayoría de las veces truncadas, hace de Ciudad Juárez, tierra de migrantes y ciudad "de paso"; las opciones legales de un trabajo digno resultan no ser tan accesibles para todos como suele repetirse, lo que orilla a soluciones "fáciles" como vender droga en las calles y cuando se pecatan ya "no tienen control" sobre su consumo.

De esta manera, la migración a Estados Unidos parece estar asociada, por lo menos entre los usuarios de cocaína participantes en esta investigación y en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 1998), a tener un primer acercamiento con cierto tipo de drogas, a experimentar con drogas más fuertes, o bien, a tener un primer acercamiento con las redes del narcotráfico.

Por consiguiente, para algunos de los participantes del grupo de jóvenes y adultos varones, la "cura" o "sanación" implica abandonar los Estados Unidos, por alejarse de un ambiente contra el cual "casi nada" puede hacerse; sin embargo, para otros, la estancia en cárceles de ese país, les permitió iniciar su proceso de rehabilitación. Las mujeres reportan una opción preferencial: recurrir a algunos servicios de salud en Estados Unidos y aprovechar su "medi-care", opción que es posible por el estado actual de las políticas fronterizas en salubridad y de inmigración. Esta situación conceptualizada como "migración médica" ha sido ya reportada por autoras como Poggio y Woo (2000) en el caso de la atención pre y post natal entre mujeres de Nogales Sonora y Nogales Arizona. Estas autoras concluyen en su investigación con la sugerencia de que las políticas de inmigración estadounidenses respecto a la salud deben ser determinadas en el ámbito estatal y no en el nivel nacional y con el planteamiento de que quizá deba desarrollarse un nuevo sistema de salud diseñado específicamente en este caso para la región fronteriza.

TESIS CC.
FALLA DE ORIGEN

El perfil de los usuarios de cocaína en nuestro estudio, fue acorde con otras fuentes de información e investigaciones (SISVEA, 2001; ENA 1998, Ortiz, 1997) la mayor parte fueron varones entre los 26 y 34 años, sin embargo una proporción considerable tenían menos de 20 años, situación que refleja la composición demográfica de Ciudad Juárez. (INEGI, 2000) Según las encuestas el uso y abuso de sustancias es mayor en adolescentes y adultos jóvenes y declina conforme avanza la edad. A todas las edades, el uso de sustancias y abuso son más prevalentes entre hombres que en mujeres. (Tucker, 2001) La escolaridad promedio de estos usuarios fue la primaria y la mayor parte señaló realizar alguna actividad remunerada, aunque muchos de ellos bajo el esquema de la informalidad o el subempleo y entre los que no trabajaban las razones estuvieron principalmente asociadas a su consumo de drogas. Cabe recordar que Ciudad Juárez hasta el censo del 2000 se ubicaba como uno de los municipios con mayor porcentaje de población ocupada y asalariada por situarse entre uno de los principales centros maquiladores del país. (INEGI, 2000)

Entre las principales características de la población de nuestra investigación, resaltó que prácticamente todos tenían historia previa de consumo de drogas, siendo el tabaco, el alcohol y la marihuana las más mencionadas. Su edad de inicio fue semejante al de otros estudios como las tres encuestas nacionales de adicciones del país, los resultados del SISVEA y el estudio longitudinal de Chen y Kandel (Tapia-Conyer 90,99; ENA, 1998; Chen, 1995) en donde se mostraron edades de inicio similares para empezar a consumir marihuana, tabaco y alcohol como las encontradas en nuestro estudio. (entre los 12 y 15 años de edad) Es decir, que el mayor período de riesgo para el inicio del uso de estas tres drogas ocurrió antes de los 20 años de edad.

Otro hallazgo de este estudio fue que para los usuarios de cocaína, ésta no fue su droga de primera elección, sino que la incorporaron como segunda, tercera o subsecuentemente en su carrera de consumo. También es importante resaltar que la velocidad (medida en años) con la que incorporaron esta sustancia varió de acuerdo a la droga de inicio, siendo el tabaco y el alcohol las drogas que menos tiempo tardaron en anteceder el consumo de cocaína.

También se encontró concordancia con la edad de inicio del uso de cocaína en los resultados de esta tesis y los reportados en estudios previos, en todos se describe que el mayor período de riesgo para empezar a usar esta sustancia es a los 21 años, es decir que se trata de una droga utilizada por adultos jóvenes y cada vez más frecuentemente se inicia inclusive a edades más tempranas. (NIH, 2001)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La principal vía de administración con que se inicia el uso de cocaína continúa siendo la inhalada, tanto en nuestra investigación como en el estudio de Khalsa y colaboradores en los Estados Unidos de Norteamérica (Khalsa, 1993) en donde se encontró que la siguiente vía seleccionada fue la fumada, mientras que en nuestra investigación fue la inyectada. Estas diferencias pueden deberse posiblemente a una mayor disponibilidad de clorhidrato de cocaína (polvo de coca) más que de crack en esta zona de la frontera norte del México.

El tiempo promedio que dura la carrera de uso de la cocaína no varió significativamente entre los tres patrones identificados en este estudio, (Leve-Moderado-Severo) resultados que no coinciden con el llevado a cabo por Chen y Kandel, (Chen, 1995) quienes señalan que aquellos individuos que iniciaron con una frecuencia mensual u ocasional de cocaína continuaban siendo activos 10 años después. El análisis de los tres patrones (Leve-Moderado-Severo) en nuestros resultados, no mostró diferencias significativas respecto a sus características sociodemográficas, excepto para la edad. En donde en el grupo de usuarios leves fueron mayores los porcentajes de individuos jóvenes y usuarios mayores de 35 años, mientras que en el moderado se concentró entre los de 19 a 34 años y en el severo entre los de 26 a 44, lo cual fue similar a lo encontrado por Khalsa y colaboradores. (Khalsa, 1993)

En cuanto a los periodos de evolución del consumo de la cocaína el patrón que se encontró en más de tres cuartas partes de los usuarios fue el de aquellos que tienen un periodo inicial, seguido del habitual y después un periodo intensivo. El tiempo que transcurre desde el inicio hasta hacerlo cotidianamente fue de un año, de esta forma los sujetos empiezan usando la cocaína ocasional o semanalmente para después hacerlo a diario. En el periodo inicial la aspiran por la nariz y luego la usan inyectada. Se evidenció también que el contexto de uso sufre evoluciones desde que inician el consumo en casa de amigos, fiestas o la calle hasta hacerlo posteriormente solos y en cualquier sitio.

Al inicio de su consumo, la gente experimenta sensaciones agradables que producen satisfacción (lo que se le ha denominado como efectos placenteros), entre estas se encuentran el sentirse acelerado, activo, con pensamientos positivos, alegre, incremento de actividad y aguantar a tomar más "para no emborracharse", teniendo en promedio una duración de hasta 30 minutos. Asimismo las sensaciones desagradables convergen en dos grupos: los síntomas físicos caracterizados por dolor muscular, pérdida de peso, vómito, etc. y en los efectos psicológicos como delirios de persecución, depresión, ansiedad, agresividad, etc. Tanto los efectos placenteros como los desagradables encontrados en esta población corresponden a lo descrito en diversos textos así como en estudios realizados en poblaciones similares. (Díaz, 1992) Sin embargo, cabe

mencionar que éste es el primer estudio que logra conformar un esquema sobre la evolución del consumo de ésta droga.

Uno de los aportes más importantes de esta tesis fue la construcción de las tipologías de consumo de la cocaína, identificando mediante análisis por conglomerados cuatro tipos, a partir de aquellos atributos que identifican su consumo habitual, posteriormente estos mismos tipos se analizaron de acuerdo a sus características sociodemográficas, su período inicial de consumo de la cocaína y sus efectos, dependencia, severidad, problemas de salud por el consumo de esta sustancia y uso de servicios de salud.

El primero y segundo tipos utilizaban la cocaína en ambientes de menor riesgo mientras que el tercero y cuarto la usan en picaderos o en cualquier sitio. Los amigos resultaron ser la compañía con quien la consumen habitualmente por diferentes motivos, por ejemplo, en el primer tipo por sus efectos placenteros, en el segundo por depresión y problemas personales, en el tercero por dependencia y presión del grupo y en último por sus efectos y también presión de grupo. El tipo de derivado de la cocaína que utilizan es el clorhidrato de cocaína (polvo de coca), sin embargo se diferencian entre los grupos porque en el primero además consumen crack, y en el tercero y cuarto la mezclan con heroína en el denominado *speed ball*.

Un análisis posterior permitió agrupar a los usuarios de cocaína en dos tipos de tal forma que los del tipo uno y cuatro formaron un conglomerado y los del 3 y 4 el otro, lo que permitió caracterizarlos principalmente por los motivos por los que usan la cocaína ya que en los primeros es por la búsqueda de sus efectos, mientras que en los segundos lo es por la necesidad física que tienen de consumirla y la presión de los pares para continuar el consumo.

Al comparar las características sociodemográficas de los cuatro tipos originales, se observó que no existieron diferencias estadísticamente significativas entre ellos, lo que representa una evidencia de que ésta adicción no es selectiva por edad o sexo y que por lo tanto cualquier individuo está en riesgo de adquirir éste hábito sin dejar de considerar las variaciones en los riesgos individuales, como por ejemplo la carga genética, las condiciones psicológicas y los riesgos del contexto como la disponibilidad entre otros. En donde sí se observaron diferencias fue en las consecuencias que éste ocasiona. En el grupo II y III fueron donde se presentó una mayor proporción de problemas de salud asociados al consumo según los autorreportes de los usuarios. Asimismo en estos grupos hubo mayor número de dependientes y con un grado de dependencia severo.

Al caracterizar la utilización de los servicios por las tipologías encontradas se observó que aquellos individuos que se agruparon en el tipo II y III hacían mayor uso de los

servicios de salud, sin embargo esto no se debe a que tengan una percepción del daño que les ocasiona el consumo sino más bien que la demanda de atención se presenta por urgencias medicas debidas a sobredosis, accidentes o intoxicaciones por la misma droga. Estas diferencias y similitudes, entre los usuarios (identificadas mediante las tipologías), son importantes para orientar los servicios de atención de una manera más individual y así dar respuesta a las necesidades de los usuarios, tal como lo señala Ortiz y colaboradores. (Ortiz, 1997)

En el estudio realizado por Díaz y colaboradores en 1990 en Barcelona, se encontraron nueve tipologías en las cuales se utilizaron variables semejantes a nuestro estudio, sin embargo no pueden ser del todo comparables debido a que ellos incluyeron diferentes estratos socioeconómicos, excepto en tres tipos en donde las semejanzas fueron en aquellos usuarios en que se había incorporado el uso de heroína en forma de *speedball*. (Díaz, 1992)

Problemas de salud y uso de servicios

Dado los hallazgos de este estudio se pudo observar que los principales problemas de salud percibidos por los usuarios constituyen un disparador importante para demandar atención a los diferentes niveles, y funcionan como catalizadores para dicha demanda, aún cuando en concordancia con la idiosincrasia de los mexicanos, en que lo más frecuente es que busque el acercamiento a los servicios hasta tener signos y síntomas suficientemente claros de enfermedad. No obstante, que esta elección, se ve influida no solo por el grado de avance del daño, sino además se matiza dentro del contexto social, económico, ideológico (o religioso) en el que se encuentran los usuarios. (Helman, 1990)

Asimismo en este estudio se encontró que principalmente son los problemas físicos derivados del consumo y algunos otros de tipo mental las causas más frecuentes para solicitar atención médica, hallazgos semejantes a los encontrados en España a través del estudio realizado en cocainómanos por Barrio-Anta (1998), en donde al igual que nosotros los síntomas y signos más frecuentes fueron de naturaleza neuropsiquiátrica o cardiopulmonar, lo que indica un estado de hiperestimulación simpática. (Barrio-Anta, 1998) En cambio como era de esperarse hubo diferencias entre las patologías presentadas por nuestros usuarios y la población general estudiada por la Encuesta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nacional de Salud⁶⁹ (ENSA, 2000), ya que los contactos que realizan los adictos se deben principalmente a causas violentas como lesiones, agresiones o accidentes.

Sin embargo, la metodología cualitativa puso en evidencia la sensación de que el problema analizado (las adicciones) es algo "grave y preocupante" ya que cada grupo focal, con sus características y dinámica propias reconoció que el sistema de salud regional y municipal no ha sabido crear la respuesta social necesaria para la población adicta de sectores de población económica y socialmente muy afectados.

La descomposición del tejido social reflejada en la ruptura temporal de redes sociales de apoyo provocada por la migración y la desintegración familiar (hogares monoparentales, deserción escolar, violencia intrafamiliar, "malas compañías", problemas psicológicos como depresiones y suicidios, etc.) es percibida por los participantes de los cinco grupos y evaluada como "factor causal" del fenómeno analizado.

Por otra parte, los hallazgos de este estudio mostraron que la mayoría de los adictos que demandan atención médica es a través de los servicios de urgencias por accidentes, riñas y sobredosis resultados que concuerdan con el estudio de Schoeneberger y cols. en 1,401 sujetos usuarios de crack y drogas intravenosas en Kentucky, Estados Unidos de Norteamérica. (Schoeneberger, 2001)

Aún cuando el consumo de cocaína ocasiona graves complicaciones de salud, la mayor parte de estas consecuencias son de tipo agudo con una gravedad limitada y que se resuelven en los servicios de urgencias, sin embargo algunos sujetos requieren de otro tipo de intervención en hospitalización.

Por ejemplo, en nuestro estudio el 23% refirió haber estado hospitalizado en los últimos cinco años previos a la entrevista, los motivos principales fueron: referidos por urgencias (48.1%), por cirugía programada (23.1%), por parto (17.3%) y el 11.5% debido a una sobredosis. Esta última cifra es casi dos veces mayor a lo encontrado por Barrio-Anta, en donde solo 5.6% de la población estudiada requirió de hospitalización por esta misma causa. (Barrio-Anta, 1998). Sin embargo estas diferencias pueden deberse a que a menudo la identificación de las urgencias provocadas por la cocaína son difíciles de diagnosticar, debido a que generalmente los cuadros clínicos son inespecíficos y pueden ser también provocados por otras causas, incluido el consumo simultáneo con otras drogas, así como la adulteración de las mismas. En estas circunstancias, no puede descartarse la existencia de variaciones en los criterios que usan los médicos para

⁶⁹ Encuesta realizada en toda la población seleccionada través de un marco muestral de hogares elegidos a través de una muestra aleatoria estratificada por indicadores socioeconómicos y polietápica. Para su comparación se tomo la población de la misma edad de los sujetos reportados en esta tesis.

establecer la relación de dichos cuadros con el consumo de cocaína, lo cual tiene implicaciones en que el médico debe estar capacitado para sospechar y explorar el consumo de esta droga, sobre todo en aquellos pacientes menores de 50 años, que llegan al servicio con: crisis de ansiedad o psicosis, dolor torácico, angina, infarto o convulsiones por primera vez.

Estos resultados permiten subrayar la oportunidad que se tiene en los diferentes niveles de atención de procurar no solo la demanda de atención médica por la enfermedad, sino poder canalizar a estos sujetos a otras instancias especializadas para una atención integral de su problema desde la óptica de la adicción misma, ya que como se remarcó en los grupos focales, el concepto de la adicción como “vicio” fue otro aspecto compartido, incluso por los médicos. En estas sesiones se expresó que hace falta mayor capacitación y comprensión de la dinámica de las adicciones. Si se partiera de considerar la adicción no como “vicio” sino como “una obsesión mental relacionada con la ingestión de una sustancia, que provoca, al avanzar, una falta de control sobre la propia conducta”, se obtendría una explicación objetiva para las conductas de los usuarios, que como se evidenció en los resultados de este trabajo, generan mucha “frustración” en los prestadores de servicios públicos de salud, quienes se sienten ubicados, junto con los usuarios, en una dinámica de “puertas giratorias”. Si se considera de entrada una definición como la siguiente, también se explicarían, de manera más objetiva, las recaídas frecuentes que enfrentan tanto los usuarios como los prestadores de servicios.

“Una obsesión mental, así como una conducta compulsiva relacionada con la ingestión de una sustancia (alcohol y drogas) o en el involucramiento de una experiencia (por ejemplo juego). La adicción se manifiesta cuando el vínculo de la persona con la sustancia, persona o experiencia le causa dificultades, ya sea para procurarse el alivio de sus propias necesidades o para responder a las demandas ambientales. Gradualmente se presenta una obsesión mental y una compulsión para obtener la sustancia o experiencia que produce la sensación gratificante. Generalmente existe la negación inequívoca de que se tiene un problema. Cuando la adicción progresa existe una menor habilidad de detener la conducta; por lo tanto, un sentimiento de falta de control se acompaña a la relación con el objeto adictivo”. (Romero, 1998; Desjarlais, 1997)

El carácter de “población oculta” asignado desde las instituciones de poder a los usuarios participantes también se hizo evidente entre todos los grupos. Son personas que no tienen domicilio fijo, que no reúnen los criterios de inclusión de las encuestas y que sólo se “pueden ver” y perder su cualidad de “invisibilidad” a través de este tipo de

investigación cualitativa. Puede pensarse que, a través de su participación, hacen un llamado al Poder para ser “vistos” y “oídos”.

También resaltaron otras diferencias encontradas entre la población de usuarios de cocaína y la población general entrevistada por la ENSA, 2000, entre estas, se encontró que las edades a la que acuden los usuarios de cocaína a solicitar atención a los servicios de urgencias son menores que la de la población general.

En cuanto a su nivel de percepción de la calidad de la atención, por lo regular los adictos manifiestan que los atienden con mayor rapidez, que el tiempo de espera fue en la gran mayoría de inmediato, mientras que en la población general sólo una quinta parte refirió haberla recibido inmediatamente y 24.5% entre uno a quince minutos, quizá debido a que su apariencia o comportamiento inquietan a los demás pacientes y el personal de salud procura acortar el tiempo de permanencia de éstas personas en la unidad. (ENSA, 2000)

Asimismo, la opinión sobre la percepción de la atención recibida difiere entre ambas poblaciones, sólo 1.3% de los usuarios de cocaína la calificaron como excelente, al contrario de la población general en que ésta proporción se incrementó hasta un 24.5%. Sin embargo, la mayoría de los adictos mencionó que regresaría nuevamente al mismo lugar, donde recibió la atención, respuesta muy semejante a la población general de la encuesta.

Por otro lado, es interesante observar que para éste tipo de atención (urgencias médicas), acuden principalmente a las unidades de la SSA y Cruz Roja, a diferencia de la población general quienes van en mayor proporción al IMSS o a médicos privados, estas diferencias probablemente se deban a que un porcentaje importante de los usuarios de cocaína no contaban con un trabajo estable; y en cambio cuando se trata de hospitalización, los usuarios de cocaína manifestaron que acuden con mayor frecuencia a hospitales particulares. Esto también se debe a que cuando acuden a los servicios de urgencias en muchas ocasiones llegan en estado inconsciente e intoxicados y es algún familiar o amigo el que los lleva, en cambio cuando es una hospitalización ellos toman la decisión de donde acudir y prefieren conseguir dinero para que la atención sea de tipo privado, ya que sienten que el trato será más personalizado y más adecuado.

Con relación al costo como barrera de servicio en urgencias, también resultó una diferencia estadísticamente significativa, por un lado, 45.6% de los usuarios de cocaína mencionaron que no había tenido ningún costo y en otros que había sido menor a doscientos pesos pero también una proporción importante (34.2%) ignoraban cuanto se había pagado, a diferencia de la población del estado de Chihuahua en que más de la

mitad de la población entrevistada no hizo ningún pago o este fue menos de doscientos pesos y sólo el 1% mencionó no saber cuánto había costado la atención.

En cuanto a la hospitalización una proporción mayor que la observada en la población general tuvo un gasto más elevado; la proporción de la población general de la ENSA 2000 que manifestó no haber pagado por ello fue muy alta, sugiriéndonos que al pertenecer al IMSS, por ser la institución a la cual dijeron acudir con mayor frecuencia, el derechohabiente no percibe que es un servicio prepagado y que al descontárselo de su salario tuvo un costo. Sin embargo los grupos focales evidenciaron que el costo que implica la utilización de los servicios de salud, fue un factor de controversia, ya que se pueden presentar cualquiera de las siguientes situaciones: se pretexto no tener recursos para justificar el no utilizar los servicios, pero se tiene el dinero suficiente para comprar la droga necesaria; aún teniendo dinero se argumenta que instituciones como el IMSS les niega atención, por no ser derechohabientes; se recibe atención “de segunda” por falta de dinero. Puede verse que dentro de nuestra cultura, existe además la creencia de que el Estado debe cubrir todas nuestras necesidades, por lo que para algunos usuarios la única opción es “no pagar”.

El tiempo de hospitalización varió entre la población general del estado de Chihuahua y los usuarios de cocaína de Ciudad Juárez, entre los primeros más de la mitad (55%) tuvieron un tiempo de estancia menor a dos días, mientras que para los segundos sólo 27% estuvieron hospitalizados menos de dos días. Además cabe resaltar que entre los usuarios de cocaína un porcentaje importante (21%) manifestó una estancia hospitalaria prolongada (de 11 a 20 días), lo cual no ocurrió en la población del estado de Chihuahua; éstas diferencias fueron estadísticamente significativas. Esto podría deberse a que si bien es cierto que muchas patologías asociadas al consumo de cocaína se resuelven en los servicios de urgencias, algunas de estas por sus complicaciones requieren de internamientos y de procesos que complican la estancia hospitalaria.

Asimismo debe tomarse en cuenta la percepción que tienen los usuarios con respecto a los servicios de atención especializada, la mayoría ha recibido tratamiento por su consumo de drogas y en especial de la cocaína y es baja la frecuencia de aquellos que nunca demandaron este tipo de servicio. Estos resultados son semejantes a los encontrados por Ortiz y colaboradores (Ortiz, 1997), en donde ellos resaltan que el 25% de los usuarios de cocaína captados en la Ciudad de México por el SRID nunca han solicitado tratamiento.

Dentro de las características de los usuarios de cocaína en este estudio, el promedio de edad a la que solicitaron tratamiento por primera ocasión fue a los 26.5 años, siendo los centros cristianos el lugar al que acuden principalmente. Lo anterior se atribuye a que

este tipo de lugares han tenido un gran auge en toda la frontera norte del país, basándose estos según la OMS en una filosofía de tratamiento del modelo moral y espiritual. (Pérez-Gálvez 2001)

Otro aspecto fue encontrar resultados semejantes con los estudios en población canadiense y americana (Ontario y Fresno respectivamente), en el que el promedio de tiempo que transcurre entre el inicio del consumo de cocaína y su llegada a tratamiento fue de entre los primeros de 7.8 años (D.S. 5.9), mientras que en el estudio de Ciudad Juárez el promedio fue de 6.8 años (D.S. 5.2) (Kessler, 2001), estas cifras también coincidieron con el lapso que tardan en llegar a tratamiento los usuarios de centros de tratamiento de las ciudades SISVEA. (SISVEA, 2001)

En su mayoría la causa principal por la que llegan a tratamiento es por decisión propia, ellos mencionan que han “perdido el control de la droga”, esto es generalmente seguido de problemas familiares o legales y también por invitación y promoción que realizan algunos centros de tratamiento. Para complementar este aspecto, vale la pena subrayar la opinión de los grupos focales, quienes mostraron claramente que entre los diversos disparadores expresados por cada grupo se percibe consenso: el consumo “fuera de control”, la angustia que éste provoca en la familia, los síntomas de abstinencia “quebrar o salir de la malilla”, su relación con conductas antisociales, satisfacción de necesidades básicas y las urgencias causadas por sobredosis, son los principales disparadores. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Díaz y colaboradores en 1992, quienes encontraron que para que los adictos utilicen los servicios de salud tienen que experimentar principalmente que su consumo esta “fuera de control”, así como el resto de los disparadores que en nuestros grupos se presentaron. (Díaz, 1992)

Desde la óptica cuantitativa, se encontró que la percepción que tienen con relación al tipo de tratamiento recibido es generalmente buena, asimismo al considerar las condiciones en las que se encuentra el centro de tratamiento, la evaluación es favorable considerándolos como funcionales y con lo necesario. Sin embargo cabe señalar que muchos de estos centros son generalmente casas en condiciones precarias, que albergan gran número de personas pero que desde la perspectiva de los adictos al ser muchas veces un refugio diferente a la calle resultan lugares aceptables. Asimismo la calidad de la atención y el trato que recibieron fue calificada como amable y cordial. Estos resultados concuerdan con lo encontrado por Ortiz y colaboradores en donde perciben que los grupos de autoayuda son una buena alternativa y la buena impresión hacia estos grupos y sus prestadores de servicios se debe a que son personas que han tenido las mismas experiencias, los comprenden mejor y son solidarios. (Ortiz, 1997)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Llama la atención y pone en evidencia la importancia de complementar ambas metodologías (cualitativa y cuantitativa), ya que al explorar este aspecto a partir de los grupos focales, en donde el ambiente de confianza e inclusión, permitió mayor riqueza de información, se puso de manifiesto un panorama muy diferente. Estos grupos opinaron que dentro de la organización del servicio brindado, resalta la importancia de la atención que recibe por primera vez un adicto cuando solicita tratamiento. Este aspecto fue reiterativo tanto en el grupo de usuarios como de los prestadores de servicios; brindar una cálida bienvenida, se convierte en parte fundamental de la evolución del tratamiento en la medida que rompe con el estigma del "tecató". La coordinación interinstitucional es de igual importancia ya que permite aprovechar los recursos humanos y materiales de las diferentes instituciones de manera óptima. Sin embargo el estigma asociado al adicto merece un comentario aparte, ya que los usuarios perciben que no tienen prioridad dentro del sistema de salud, que "agarran lo peor", que no los atienden bien y que reciben una atención de segunda. Sin embargo, ellos mismos "justifican" el maltrato o la negación del servicio por parte del personal, es decir, sienten que están cosechando lo que sembraron. Estos hallazgos coinciden con lo reportado por Ortiz y colaboradores (1997), en que además el estigma se traslada al ámbito social de la comunidad donde viven y que aún cuando ellos han decidido tratarse por su adicción, la comunidad no deja de verlos como viciosos, lo cual dificulta su rehabilitación e inserción social. (Ortiz, 1997)

También la criminalización del consumo, producto de la política de cero tolerancia y de la forma en que se adquiere la droga, matizada por conductas antisociales (como tener que robar o vender droga, y en el caso de las mujeres prostituirse para conseguirla), debe considerarse como una barrera de gran importancia: ¿hasta qué punto se le pide al médico que juegue un papel de agente de control social y judicial, contrario a su ética profesional? Es paradójico que el propio médico se convierta en una de las principales barreras para la utilización del servicio. (Del Olmo, 1994)

Otro tipo de barreras para demandar este tipo de atención, desde el punto de vista cuantitativo, se consideró a la distancia a la que se encontraban los centros de tratamiento percibiéndolos como alejados, sin embargo, esta variable no podría ser considerada de la misma manera que en otras poblaciones en las que, si los servicios de salud no están cercanos las personas no acuden, en cambio en los sujetos con problemas por consumo de drogas estos prefieren que sean alejados de sus casas o sitios de reunión porque consideran que es una forma de alejarse de la influencia del grupo o del barrio. De la misma manera el costo de atención tampoco fue una barrera ya que al ser la mayor parte de estos tratamientos ofrecidos por organizaciones religiosas no hay ningún pago o este fue de muy bajo costo.

Finalmente como señala Tucker, las variables estructurales tales como acceso y costo no influyen en la utilización de este tipo de servicio y aún cuando éstos sean accesibles y de bajo costo, los impedimentos de tipo social y el estado de dependencia en el que se encuentran los individuos han mostrado ser mejores predictores para la utilización de los mismos. (Tucker, 2001) Al respecto, en los grupos focales resaltó que, mientras para los usuarios no son importantes las instalaciones físicas sino el trato recibido, para el personal de los centros de tratamiento y los prestadores de los servicios de salud sí lo son. Para los consejeros de centros de tratamiento resulta indispensable construir o mejorar sus instalaciones para dar un mejor servicio y en el caso del personal médico se quieren instalaciones específicas para brindar el servicio a los adictos. Es por lo anterior que se requiere de un servicio integral que cubra las necesidades importantes para cada grupo.

Respecto a los servicios proporcionados hubo plena coincidencia en la necesidad de medicamentos en el manejo de la abstinencia en los primeros días del proceso de desintoxicación. Sin embargo, no debe perderse de vista que la historia del consumo de cada paciente, debe tratarse de manera individual, ya que habrá quien requiera medicamentos y otros para los cuales no sea necesario. Es por ello que medicamentos de sustitución a ciertas drogas como la metadona, no puede manejarse como la única opción para rehabilitarse.

En un primer momento el controlar la “malilla” resulta ser el aspecto alrededor del cual se organiza el servicio; para algunos esta puede ser su única meta. Para otros usuarios en cambio al igual que para los consejeros de los centros de tratamiento constituye la fase inicial de lo que será el proceso de tratamiento; y en el caso de estos últimos la oportunidad de inculcar valores morales y espirituales; mientras que para los prestadores de los servicios de salud será el poder canalizarlos a tratamiento para rehabilitarse de su adicción.

Resalta la falta de capacitación para hacer una revisión y un diagnóstico adecuado como parte del proceso de tratamiento. El diagnóstico de la adicción se conceptualiza como un vicio, por parte de los prestadores de servicios y no como una enfermedad; punto de vista que coincide con la percepción que tienen los usuarios de su problema. Asimismo se fragmenta el diagnóstico según el nivel de atención al que llega el paciente, lo cual dificulta el adecuado manejo posterior. Sin embargo, los prestadores de servicio reportan que han adquirido cierta pericia y conocimiento empírico como resultado de la experiencia que han vivido con estos usuarios, conocimiento que se reduce a etiquetarlos como: en aquellos que llegan a consulta externa y los usuarios de fin de semana.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fue consistente el señalamiento de que el punto débil de todos los servicios analizados fue el manejo de la situación de emergencia causada por la sobredosis. Esto refleja nuevamente la falta de conocimiento del personal médico de lo que implica un episodio de sobredosis - el cual se plantea como una dosis excesiva de la droga que produce una narcosis o coma y paro respiratorio -. Sin embargo no hay consenso para establecer los criterios de intervención, lo cual ha llevado a los usuarios a resolver estas situaciones con medidas extremas, como son: quemarse las plantas de los pies o genitales, inyectarse agua con sal en las venas, darse descargas eléctricas con baterías de carros o incluso tomar la decisión de dejar al "compa" a su suerte.

Los principales cambios en la salud se encuentran asociados a la desintoxicación, lo cual produce un sentimiento de mayor bienestar, paz y tranquilidad. El gran reto después es evitar las recaídas, tratando de olvidar el efecto placentero aprendido en las primeras etapas del consumo. Por otro lado para el personal médico los cambios en la salud se reducen a superar el estado tóxico en el que llegan los pacientes.

Hubo acuerdo entre los participantes en que los medicamentos solo van a resolver los síntomas que produce la abstinencia, y que para lograr una rehabilitación se requiere de una atención integral, para entrar en un proceso en donde se eviten las recaídas y se permita el análisis de los problemas psicológicos asociados al consumo.

Los tratamientos varían de acuerdo al tipo de centro, entre los que ofrecen terapia sustitutiva, ya sea solamente el medicamento o con apoyo psicológico y terapias ocupacionales. Otros brindan acupuntura, musicoterapia y medicamentos naturistas y la denominada "crisoterapia", que es el manejo de medicamentos y la "palabra de Dios" como principal factor curativo.

Los grupos focales evidenciaron también el hecho de que una intervención única y homogénea no tendrá impacto en el problema de la adicción a la cocaína, debido a las diferencias que hay entre algunos grupos más vulnerables. El hecho de que los usuarios más jóvenes reporten con mayor frecuencia el uso de cocaína como droga de inicio nos habla de cómo el establecimiento, desarrollo y auge de un mercado de oferta y demanda de drogas por parte del narcotráfico, pone al alcance de población cada vez más joven la cocaína.

Aunque todos los centros coinciden en solicitar apoyo por parte del gobierno, se evidenció que las necesidades de cada uno son muy específicas lo que generó controversia sobre ¿cuáles deben ser los criterios y valores que la instancia pública considere para brindarles la ayuda solicitada?. Además se hizo hincapié en que esta ayuda fuera equitativa, lo cual podría resolverse con un criterio que va más allá de

igualdad de oportunidades y se centre en mayores oportunidades a quienes más la necesitan. (Schlaepfer-Pedrazzini, Infante-Castañeda, 1990)

Mientras el adicto piensa que por su condición marginada la adicción solamente se presenta en ellos, los prestadores de servicios la ubican como un problema que no respeta clase social, estatus profesional, edad o sexo.

El triple estigma que padecen las usuarias (por ser mujer, ejercer la prostitución como medio para obtener la droga, y por ser adictas), junto con la violencia que han padecido desde etapas tempranas de sus vidas, les imposibilita confiar en los servicios de salud. Son muchos los autores (Del Olmo, 1994; Staton, 2001; Allen, 1994), que han encontrado que a pesar de que en general las mujeres son las que con mayor frecuencia hacen uso de los servicios de salud, al momento de asumirse como adictas se enfrentan a mayores barreras institucionales, personales y comunitarias.

La relación médico-paciente se experimenta de manera diferente en cada grupo, en el grupo de adolescentes esta debe entenderse como una relación de apoyo en crisis y para evitarles recaídas y debe procurarse un adecuado manejo del poder que implica. Para los adultos varones el médico-pastor es el representante de Dios en la tierra, se reconoce que si utilizan de manera correcta el conocimiento empírico que obtienen en su relación con los usuarios llegan a conocer la problemática humana detrás de las adicciones.

Ahora bien esta relación médico-paciente desde el punto de vista de las mujeres retrocede a niveles más primarios en los que la confianza es el factor esencial, resulta sumamente difícil lograrla y desgraciadamente de esta depende el que continúen o abandonen el tratamiento e incluso hagan uso de cualquier servicio de salud.

Para el personal de los centros de tratamiento la relación médico-paciente se basa en la obtención de un beneficio mutuo, de esta manera brindar y escuchar testimonio fortalece la recuperación de los participantes en esta relación.

En cambio para el personal de los servicios de salud esta relación no logra conformarse como un factor terapéutico en sí mismo, ya que se encuentra matizado por prejuicios y temor hacia los usuarios provocados por el desconocimiento de la dinámica de la adicción, en la cual las recaídas son fundamentales dentro del proceso de rehabilitación. Al no ser entendidas de esta manera genera frustración en ambos participantes de la relación médico-paciente.

Tanto la satisfacción del usuario como la calidad de la atención estuvieron matizadas por la visión de cada grupo en particular, para los adolescentes estos factores están asociados

no solamente a superar la adicción a través de la rehabilitación, entendida esta como un proceso que nunca termina, sino además a la construcción de una nueva identidad, de nuevas redes sociales de apoyo y a lograr un encuentro con Dios.

Para los varones adultos la satisfacción y la calidad de la atención se logran porque depositan su confianza en Dios como factor curativo principal “curarse para ellos no pasa por la salud sino por la fe” y en la medida en que lo logran le otorgan calidad al servicio recibido.

En el caso de las mujeres “curarse no atraviesa, ni por salud, ni por la fe”, simple y sencillamente por sentirse aceptadas y valoradas como humanas. En este proceso lograr su confianza a través de una adecuada relación médico-paciente permite aumentar su autoestima.

Con relación al personal de los centros de tratamiento la satisfacción del usuario está asociada con volver a la “normalidad” y evitar recaídas a través de la oración. La calidad de la atención está en función de lograr una atención integral, la cual incluye buscar a Dios, la participación de la familia, romper el estigma y lograr una adecuada coordinación interinstitucional.

Por último para el personal médico, la calidad de la atención se desmerita al no poder dar seguimiento a la problemática del adicto, limitación que se manifiesta en frustración.

La solicitud de capacitación en el manejo de medicamentos generó controversias no solo al interior de los grupos sino entre los diferentes grupos. Mientras que para los consejeros es indispensable no solo aprender a poner sueros, sino el manejo técnico de prescribir algunos medicamentos, esta situación institucionalmente solo está permitida para el personal médico. Para que esta situación no genere conflicto, el sistema de salud deberá asegurar a los centros de tratamiento el personal médico capacitado para que apoye en la prescripción y aplicación de los medicamentos durante el proceso de rehabilitación.

La coordinación interinstitucional a través de la cual los usuarios de algunos centros de tratamiento reciben atención médica del personal del Hospital General, a cambio de que algunos de estos centros se hagan cargo de enfermos terminales o indigentes, tendrá que normarse para evitar posibles conflictos futuros.

El que el diagnóstico de adicción sea una barrera para ofrecer un servicio de calidad e incluso una justificación para negarlo, remite al manejo ético de estas situaciones. El hecho de que no se valore la vida de una persona por ser adicta y por las complicaciones

médicas asociadas al consumo como puede ser el SIDA o la tuberculosis, permite expresiones como “un vicioso menos, que más da”, olvidando la obligación de respetar los derechos humanos de cualquier persona.

De acuerdo con Allen y Dixon, las principales barreras reportadas por los participantes de este estudio, pudieron clasificarse en tres categorías de análisis. (Allen, 1994)

- Barreras relacionadas con las *características de los servicios de tratamiento*: entre estas se encontraron.
 - Imposibilidad de cumplir con los requisitos de admisión y estancia en el programa. (exigen que el usuario lleve sus medicamentos, exigir el cumplimiento de normas y reglas)
 - Falta de información adecuada del tratamiento (medicamentos) que se les brindará, falsas promesas que en especial las mujeres viven como mentiras que les impide permanecer en tratamiento. (como hacerles creer que con solo rezar saldrán de la malilla)
 - Falsa asociación diagnóstica entre adicción y SIDA.
 - Ausencia de un servicio institucionalizado y especializado en adicciones, que impide “ir más allá” de sacar al paciente de su momento crítico.
 - La negación del personal de salud de prescribir algún medicamento, que tan solo le permita al adicto salir de su emergencia. (“recetazo”)
 - Barreras relacionadas con *creencias, sentimientos y pensamientos personales*: entre estas se encontraron.
 - No estar convencido de requerir tratamiento. (conciencia de enfermedad)
 - No poder mantenerse sin usar drogas después del tratamiento.
 - En el caso específico de las mujeres, sentirse utilizadas, que siempre tienen que dar algo a cambio.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Barreras relacionadas con las *redes sociales de apoyo*: entre estas se encontraron.
 - Perder la “amistad” de los cuates del barrio
 - No contar con el apoyo de la familia

La clasificación sugerida por estas autoras, permite ubicar con mayor claridad el tipo de obstáculo que impide que el usuario, utilice los servicios de salud, asignando responsabilidad en diferentes niveles: todo lo que se refiera a características de los servicios de tratamiento puede ubicarse en el nivel institucional; todo lo que se refiera a creencias, sentimientos y pensamientos deberá trabajarse desde el ámbito personal y todo lo que se refiera a redes sociales de apoyo, deberá pensarse en el ámbito de una intervención comunitaria.

Por último, cabe señalar que dentro de las limitaciones del estudio debemos considerar que la muestra no fue obtenida por un muestreo aleatorio sino más bien propositivo por lo que los resultados no pueden generalizarse a todos los usuarios de cocaína de Ciudad Juárez. Además el tipo de diseño utilizado no permite hacer deducciones causales con respecto a los factores de riesgos o daños para la salud relacionados con el consumo de la cocaína presentes en el estudio (ambigüedad temporal), no obstante brinda un panorama cercano de lo que ocurre en un grupo de adictos a la cocaína en Ciudad Juárez.

Otra limitación del estudio, está en función de que los resultados se basan en información retrospectiva de usuarios de cocaína, y esto puede ocasionar algún sesgo como el de recordatorio —que no puede evaluarse hasta donde afecta—, por lo que debe tenerse en mente al interpretar los datos. Sin embargo debe resaltarse que esta investigación es una de las primeras en donde se describe la historia natural del consumo de la cocaína en población mexicana y en donde se identifican por primera vez los cuatro tipos de usuarios a partir del contexto de su consumo así como la utilización que hacen de los servicios de salud.

TESIS CON
FALLA DE CUBIERTA

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

242-1

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Dados los resultados descritos en este trabajo así como el constante incremento de las tendencias del consumo de cocaína mostrado por otros estudios realizados en las últimas dos décadas en México y en investigaciones especiales llevadas a cabo en la zona de la frontera norte del país, como Ciudad Juárez, este fenómeno se ha constituido en un problema de salud pública; al cual dadas sus consecuencias económicas, sociales y en la salud de aquellos que consumen la cocaína debe darse respuesta, a través de sistemas de salud adecuados que respondan a sus necesidades, así como recursos que satisfagan esta demanda. Todo a un costo que la sociedad pueda sufragar.

Los resultados de este estudio dieron la pauta para aseverar la necesidad de contar con investigaciones que cuenten con enfoques metodológicos plurales que combinen las técnicas cuantitativas y cualitativas para dar respuesta en lo teórico, conceptual y operativo a los principales actores involucrados en el complejo fenómeno de la farmacodependencia.

Que en palabras de Holman (1993), es la forma de hacer la nueva salud pública, es decir, tener una visión integradora del fenómeno a estudiar, en donde no basta preguntarse y responderse el qué de los eventos estudiados, sino también conocer el porqué y el cómo se dan estos eventos, pues solo así se podrá diseñar una estrategia integral de solución.

De los resultados obtenidos en el estudio se corroboró que el consumo de cocaína es un fenómeno reciente y extendido, lo cual se deriva por el hecho de que los usuarios de esta droga son principalmente jóvenes con poco tiempo de usar esta sustancia en su patrón de consumo y que cada día se incorporan más usuarios, de tal forma que encontrar al grupo de consumidores de otras drogas resulto ser una tarea muy complicada por la extensión del uso de esta sustancia y que son pocos los usuarios de Ciudad Juárez que no la están utilizando. Asimismo hay una incorporación cada vez mayor de mujeres y esto se confirma con lo reportado por el SISVEA en donde la demanda de tratamiento es cada vez mayor en la población femenina.

Por otra parte, los hallazgos del estudio permitieron confirmar que la cocaína es una droga que produce adicción, encontrando que la mayoría de los usuarios entrevistados cumplían con los criterios de dependencia desde leve hasta severa, lo que nos obliga a considerar que las opciones de tratamiento deben estar disponibles para los diferentes momentos de la vida de estos sujetos. Aunado a esto, se pudo constatar que existen diversos problemas de salud asociados al consumo de esta sustancia, pero que aquellos de salud mental se asocian con mayor frecuencia a los dependientes a esta droga y por consiguiente la atención que se brinde a estos individuos deberá ser considerada integralmente, de tal forma que satisfaga la demanda de tratamiento en las esferas biológicas y psicológicas.

Los resultados asociados a los patrones de consumo de la cocaína y su evolución fueron consistentes entre las dos metodologías utilizadas, en promedio la edad de inicio del consumo de drogas es entre los ocho y quince años, y en su mayoría las primeras sustancias con que tienen contacto son el tabaco, el alcohol y la marihuana. Sin embargo un hallazgo importante es que mientras los adultos y las mujeres incorporan la cocaína a su patrón de consumo después del abuso de otras sustancias, los jóvenes están usando la cocaína como droga de inicio o entre sus primeras sustancias de consumo. Si bien, esta información ha sido obtenida en forma indirecta a través de los sistemas de vigilancia y las encuestas realizadas en las dos últimas décadas, la presente investigación permitió confirmar y profundizar en la historia natural del consumo de cocaína. Estos resultados muestran en México por primera vez elementos asociados al inicio y sostén de esta adicción, los cuales deberían ser considerados como base tanto por los clínicos y personal paramédico quienes están a cargo de proporcionar los servicios de tratamiento, como en aquellos que tienen a su cargo la planeación de servicios y la asignación de recursos para fortalecer los programas de prevención y rehabilitación.

Otra aportación del análisis de la historia natural del consumo de la cocaína fue la identificación de las tipologías y aunque no existe una clara diferenciación entre las encontradas éstas tienden a distinguirse desde aquellas en que los usuarios las consumen por sus efectos positivos y dentro de cierta "normalidad" que les permite seguir siendo socialmente funcionales, hasta quienes su estilo de vida está supeditado a la obtención y consumo diario de la cocaína, y quienes son dependientes a esta sustancia y que además han adoptado el uso simultáneo de otras drogas como tabaco, alcohol y heroína y como vía de administración principalmente la intravenosa, lo que los coloca en mayor riesgo no solo de los efectos inherentes a la droga sino a enfermedades como infecciones de transmisión sexual, hepatitis B y C, entre otras y de integración a la subcultura de sectores marginales y de conductas delictivas por lo que debe considerarse la posibilidad de extender con énfasis la detección principalmente de VIH así como de hepatitis C con

el propósito de evitar la diseminación de estos padecimientos no solo en esta población de adictos sino por el contacto que tienen con otros sujetos.

De lo anterior se desprende que no hay ningún tratamiento que pueda adaptarse a los casos encontrados, por lo que se requiere "diseñar" un paquete médico-psicosocial adaptable a cada usuario y que éste se encuentre disponible en todas las etapas de la vida para satisfacer las demandas de atención de estos sujetos.

En su mayoría los resultados cuantitativos muestran que los adictos sienten adecuada la calidad de los servicios, sin embargo la información proveniente de la metodología cualitativa hace evidente algunas barreras que los usuarios mencionan que son los principales motivos por lo que no sienten confianza de solicitar ayuda. Estos resultados nos marcan la importancia de abordar el problema desde dos metodologías complementarias, en la cual por medio de la cualitativa fue posible evidenciar aspectos en los que concuerdan los usuarios de cocaína y los prestadores de los servicios, a cerca de la estigmatización, discriminación que se tiene hacia los usuarios de drogas, además de la falta de capacitación reflejada en la inseguridad del personal de salud en la toma de decisiones médicas.

Otra situación relevante que resultó similar entre los dos enfoques metodológicos utilizados, fueron las barreras para acudir a los servicios de salud por parte de las mujeres, entre estas resalta: la culpa que siente por usar drogas, el miedo a ser encarceladas, la vergüenza de asumir que se dedican a la prostitución para conseguir "su vicio", y en general toda su problemática familiar. Estos resultados son consistentes con otros estudios que reportan la misma problemática asociada al consumo de drogas en mujeres de otras culturas. (Staton, 2001)

En Ciudad Juárez se encontró que la demanda de atención a los adictos esta siendo atendida principalmente por la sociedad civil y existe una variedad de servicios voluntarios a donde pueden acudir los usuarios de drogas, sin embargo, estos tienen carencias en cuanto a sus instalaciones y más aún de personal capacitado para tratar de forma integral a los pacientes. Esto tiene como consecuencias las constantes recaídas y la falta de seguimiento, lo que impide que los usuarios tengan adherencia al tratamiento, y más bien utilicen estos sitios como albergues en donde se refugian para atenuar los efectos del síndrome de abstinencia o en tiempos de crisis. Por lo que aún cuando no puede negarse el apoyo que los grupos de auto-ayuda han brindado a los adictos, estos modelos no pueden considerarse como un tipo formal de tratamiento, y es por ello que se requiere que el sistema de salud asuma sus obligaciones asistenciales para lograr un tratamiento en el que coexistan tanto los modelos profesionales como los de auto-ayuda con el objeto de establecer una adecuada coordinación entre los recursos, y que los

médicos y entidades atiendan a este tipo de enfermos, estableciendo el mayor grado de cooperación posible con este tipo de recursos comunitarios. Esto nos lleva a concluir que mientras los servicios no profesionales existen y son explícitos, los servicios institucionales son generales y no especializados en drogas, por lo tanto hay un vacío que es llenado parcialmente por los servicios voluntarios, sin embargo estos sitios no pueden satisfacer la demanda de atención que requieren los adictos, debido a falta de personal capacitado, insumos para su atención y lugares propicios. Por lo que es necesario instrumentar programas que normen la atención a estos pacientes, apoyar la capacitación al personal médico, paramédico y a los prestadores de los servicios voluntarios en el diagnóstico y tratamiento; contar con un esquema de financiamiento hacia las organizaciones civiles con el propósito de apoyar el trabajo que desarrollan, dotarlos de los insumos necesarios y contar con la posibilidad de tener la visita periódica de un médico del sector salud que coadyuve al diagnóstico y revisión de los nuevos ingresos y de los pacientes en tratamiento así como adecuar un sistema de referencia y contrarreferencia coordinado todo esto por el sector salud, con el fin de atender los daños a la salud ocasionados por el consumo de drogas y promover la rehabilitación integral del adicto.

Por lo que es necesario que se continúe con los esfuerzos del sistema de salud para normar la apertura y funcionamiento de estos centros para lograr una atención homogénea, estandarizada y certificada, con un tratamiento dirigido tanto a la conducta y la adicción así como para los problemas médicos asociados en donde los grupos de auto-ayuda no deben sustituir, ni ser sustituidos por el tratamiento profesional, sino ser entendidos como un complemento del tratamiento dirigido por profesionales.

Recomendaciones

De los resultados de este estudio pueden desprenderse algunas recomendaciones y futuras líneas de investigación en la interacción de la utilización de los servicios de salud y el uso de drogas como la cocaína:

Desarrollar un modelo de atención integral que responda a las necesidades específicas tanto de los usuarios, como a la integración en el sistema sanitario. Considerando este estudio como un modelo metodológico aplicable a las diversas regiones del país y a otro tipo de drogas que están impactando en la salud pública.

En el esquema de tratamiento del usuario de drogas deberá considerarse la coexistencia de dos tipos de usuarios: el primero, formado por aquellos que solicitan un tratamiento

específico para su enfermedad o sus complicaciones y el segundo, por aquellos quienes no lo solicitan pero pueden beneficiarse de estrategias de intervención breve en los primeros niveles de atención.

Optar por el compromiso de enfrentar las adicciones como una nueva política de salud, que implique el reconocimiento de un problema prioritario, totalmente rebasado y "fuera de control" para los sistemas de salud. Dicha política deberá tomar en cuenta todo lo que significa ser frontera con los Estados Unidos, el peso de las redes del narcotráfico y los aspectos culturales de estas comunidades.

La política pública sobre adicciones debe contemplar, entre otros aspectos: la asignación de recursos, la capacitación en los diferentes niveles de atención, la evaluación de los tratamientos ofrecidos, el seguimiento de los pacientes, programas de protección y prevención comunitaria y la creación de programas específicos que respondan a las necesidades de grupos de poblaciones en mayor riesgo como las mujeres y los jóvenes; y asimismo incluir una coordinación interinstitucional y de apoyo con grupos de autoayuda y quizá un aspecto esencial, la revisión de aspectos bioéticos y el valor de la vida humana en la atención a la población usuaria.

Ahora bien, además de los diversos aspectos que abarcó este estudio, la investigación en servicios de salud asociada al consumo de drogas en México, requiere de estudios en donde se analice de manera más específica, que si bien es un hecho que los adictos demandan atención médica y utilizan los servicios de atención especializada, hasta el momento no existen investigaciones en donde se haya estudiado la no adherencia al tratamiento, o el seguimiento de aquellos que han cumplido con los programas y que se desconoce si han logrado una recuperación total, no solo de dejar de consumir drogas, sino el lograr una reinserción completa a la sociedad.

Otra línea de investigación sería el conocer, si recurrir a esquemas de subsidios y financiamiento hacia los centros voluntarios existentes ¿sería una opción más barata para el sistema nacional de salud, que montar otro sistema?

Finalmente es necesario que los conocimientos que surjan de las diversas investigaciones sean entendidas y utilizadas por los planeadores de servicios en sus programas de tratamiento, intervención y prevención.

Por ello, se requiere contar con una reforma de los Programas sustentado en la coordinación de esfuerzos y acciones que realicen los sectores público, social y privado y que a través de estos últimos con las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC's) se canalicen las acciones para atender el problema de la farmacodependencia con el apoyo

institucional en materia de formación y desarrollo de recursos humanos, implantación de la normatividad necesaria para la operación y funcionamiento de los diferentes centros de atención para el mejoramiento en la calidad de la atención y el manejo integral de estos pacientes. Por otra parte se requiere de tener mayor claridad en los mensajes que se emitan a la comunidad a través de la revisión de los contenidos de las campañas de prevención, en libros de texto, y todo material que sea de dominio general en donde exista la participación de las OSC's y las instituciones que desempeñan esta labor de prevención, tratamiento y rehabilitación de fármacodependientes.

Con base en lo anterior, se requiere tener un modelo de atención integral para los usuarios de drogas que contemple la participación de todos los actores involucrados, en donde las acciones que se desarrollen deben estar enmarcadas dentro de la normatividad y lineamientos que dictan las autoridades en salud y bajo la vigilancia y cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y a través de las instituciones públicas se canalicen los esfuerzos para brindar apoyo a las OSC's a través de la formación de una red de médicos generales que serán los responsables de visitar periódicamente los centros de tratamiento para tener la valoración de los pacientes y supervisar el trabajo de los responsables de los lugares de tratamiento, asimismo con ello se vería involucrado el primer nivel de atención de los servicios de salud y se les daría la oportunidad de certificarse como profesionales en la atención de adicciones. Este modelo propuesto contempla por lo tanto participación de redes sociales integradas por profesionales de salud y la sociedad civil que ante los retos que representa la creciente prevalencia del consumo de drogas y la demanda de atención especializada tengan como misión fomentar el trabajo profesional y organizado de los ciudadanos en beneficio, asistencia y orientación a los adictos y sus familiares.

Se propone también establecer dentro de este modelo integral un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia de los servicios de salud de segundo nivel para atender las principales demandas de atención de los usuarios de drogas en los servicios de urgencias así como identificar a través de diagnósticos precisos a los consumidores de drogas que acuden por otras razones a solicitar atención; capacitar a los médicos de estos servicios a realizar un proceso de intervención mínima pero que brinde el impacto necesario por el momento en que se encuentran los pacientes, con el propósito de ofrecerles la oportunidad de programas de tratamiento y rehabilitación. (Ayala H, 1996) Asimismo se requiere también de la instrumentación de mecanismos de evaluación de los tratamientos ofrecidos y el seguimiento de los casos para medir la efectividad de los servicios brindados así como considerar como propone Ayala y Cárdenas un modelo de prevención de recaídas en donde se enseñe a los pacientes a anticipar y afrontar la

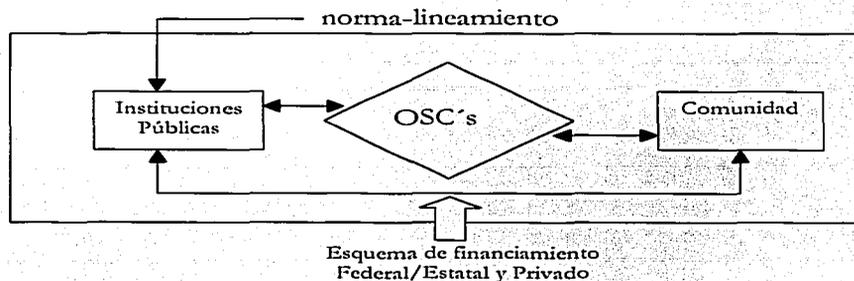
posibilidad de este suceso y a los prestadores del servicio brindarles las herramientas necesarias de capacitación para considerar esta situación y atender la. (Ayala H, 1996)

La operación de este programa integral deberá contar con esquemas de financiamiento federal, estatal y privado a fin de asegurar la ejecución de todas las actividades y dar respuesta efectiva al complejo fenómeno de las adicciones y en especial al emergente problema del consumo de cocaína.

Por último, si bien es cierto que esta tesis esta orientada en la prevención terciaria, no debe olvidarse en el espectro de la prevención la primaria y secundaria dado que las intervenciones en cada una de ellas desde prevenir la aparición del consumo drogas; seguido de acortar su duración una vez que ha ocurrido el problema, a través de tratamientos inmediatos y efectivos para reducir sus efectos y limitar la cronicidad complementaran todas ellas, las intervenciones necesarias para lograr la atención integral para el consumo de drogas en especial de la cocaína. (Desjarlais R, y cols., 1997)

Por lo anterior a la par de este modelo de atención integral, se propone extender las acciones de educación y prevención en materia de adicciones. Enseñar a los niños y jóvenes a cuidar de su salud y estilo de vida, reconocer los riesgos a los que se enfrentan por el uso y abuso de las drogas y aprender a formar "escudos de protección contra las drogas". Asimismo participar en el diseño de los cursos de formación de los profesionales de la salud quienes serán en un futuro los responsables de enfrentar estos retos.

Modelo para atención del usuario de cocaína



REFERENCIAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

249-1

- Afif A., Clark V. Computer-aided multivariate analysis. Second Ed. United States of America: Van Nostrand Reinhold, 1990:429-460.
- Aguirre-Gas H. Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y trabajadores. Salud Publica Mex 1990; 32(2):170-180.
- Agustín J. La contracultura en México: La historia y el significado de los rebeldes sin causa, los jipitecas, los punks y las bandas. México D.F.: Edit. Grijalbo, 1996.
- Aldenderfer M., and Blashfield R. Cluster Analysis. London, United Kingdom: SAGE Publications Ltd, 1984:7-81.
- Allen K, Dixon M. Psychometric assessment of the Allen barriers to treatment instruments. Int J of Addictions 1994; 29 (5), 545-563.
- Allen K. Development of an instrument to identify barriers to treatment for addicted women, from their perspective. Int J of Addictions 1994; 29(4), 429-44.
- Arredondo A, Meléndez V. Modelos explicativos sobre la utilización de servicios de salud: Revisión y análisis. Salud Publica Mex 1992; 34 (1):36-49.
- Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona, España: Edit. Masson, S.A., 1996.
- Ayala H y Cárdenas G. Algunas consideraciones sobre el proceso de tratamiento de conductas adictivas. Psicología Iberoamericana 1996; 4(2):6-17.
- Barrio-Anta G, Rodríguez AM, De la fuente L y Royuela M. Urgencias de consumidores de cocaína en varios hospitales españoles: primeras evidencias de complicaciones agudas por consumo de crack. Med Clin 1998; 111(2):45-58.
- Baum F. Investigación en salud pública: el debate sobre las metodologías cuantitativas y cualitativas. Revisiones en salud pública 1997;5:175-193.
- Belsasso G. Nuevas estrategias en la prevención de las adicciones. Organización de las Naciones Unidas: Nueva York, 1997.
- Bieleman B., Díaz A., Merlo G., y Kaplan D. Lines across europe. Nature and extent of cocaine use in Barcelona, Amsterdam: Svets & Zeitlinger, 1993.
- Booth BM, Staton M, Leukefel C. Substance use health services research. Substance Use & Misuse 2001; 36(6 y 7): 673-685.

- Bronfman M, Castro R, Zuñiga E, et al. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. *Salud Publica Mex* 1997(a);39:546-553.
- Bronfman M., Castro R., Zuñiga E., et al. Del "cuánto" al "por qué": La utilización de los servicios de salud desde la perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex* 1997, 39:442-450.
- Carballeda A. La Farmacodependencia en América Latina: su abordaje desde la atención primaria de salud. Washington: OPS, 1991.
- Castrejón JM., Tovilla M. Técnicas de prevención de las adicciones. En: Las adicciones: Hacia un enfoque multidisciplinario. CONADIC/SSA. México, 1993.
- Castro ME. Aproximaciones terapéuticas con el adolescente farmacodependiente. *Acta Psiquiat Psicol Amer Lat* 1991; 37(1):47-52.
- Castro ME, Rojas E, García y De la Serna J. Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil. Tendencias en los últimos 10 años. *Salud Mental* 1986;9(4):80-85.
- Chapela LM. Los jóvenes y la cultura. *Jóvenes* 1997; 1(4): 92-99.
- Chen K, Kaendel DB. The natural history of drug use from adolescence to the mid-thirties in a general population sample. *Am J Pub Health* 1995; 85(1): 41-47.
- De Keijzer B. Participación social y promoción de la salud: un balance crítico. Ponencia presentada en el IV Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Medicina, del 2 al 6 de junio, 1997, Cocoyoc, Morelos. 1997.
- De la Rosa B. Factores de riesgo para el consumo de drogas ilegales en adolescentes mexicanos. Tesis para obtener el grado académico de Maestría en Ciencias Sociomédicas con énfasis en Epidemiología. UNAM, Facultad de Medicina; México, 1997.
- Del Olmo R. ¿Prohibir o domesticar?: Políticas de drogas en América Latina. Caracas, Venezuela: Edit Nueva sociedad, 1992.
- Del Olmo R. La cara oculta de las drogas. Bogota, Colombia: Edit Temmis, 1988.

- Del Olmo R. Las drogas y sus discursos. Drogas y Control penal en los Andes. Lima, Perú: Comisión Andina de Juristas, 1994.
- Desjarlais R, Eisenberg L, Good B y Kleinman A. Salud mental en el mundo: Problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos. OPS/OMS: Oxford University Press, 1997:108; 272-275.
- Díaz A, Berruti M y Doncel C. The lines of success? A study on the nature and extent of cocaine use in Barcelona. Barcelona, España: Laboratori de Sociología. ICESB,1992.
- Dillon R.W., Goldstein M. Multivariate analysis methods and application. United States of America: Edit. John Wiley & Sons, 1984.
- Donabedian A. Aspects of medical care administration. Cambridge, Ma.: Harvard University Press, 1973
- Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. Salud Publica Mex 1993; 35(3), 238-247.
- Donabedian A. Esquema general. In: Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica. México: Fondo de Cultura Económica,1988:71-85.
- Fitzpatrick F, Hinton J, Newman S, Scambler G, Thompson J. La enfermedad como experiencia. Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. México: Fondo de Cultura Económica,1990.
- Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al. Economía y Salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe final. Fundación Mexicana para la Salud. México. D.F.,1994.
- Frenk J. De la pertinencia a la excelencia. Ciencia 1987;38:169-178.
- Frenk J. El universo de la salud pública. En: La salud de la población: hacia la nueva salud pública. México: Fondo de la Cultura Económica, 1994a.
- Frenk J. La salud de la población. Hacia una nueva salud pública. La ciencia desde México, No. 133. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.
- Frenk J. La salud pública: campo del conocimiento y ámbito para la acción. Salud Publica Mex 1988;30(2):247-254.

- Frenk J., González-Block MA., Knaul F y Lozano R. La seguridad social en salud: Perspectivas para la reforma. En: Solís L, Soberón F y Villagómez FA, comp. La Seguridad Social en México. Lecturas No. 88 de El Trimestre Económico, México: Fondo de Cultura Económica, 1999.
- Galván J, Rodríguez EM, Ortiz A. Diferencias por género respecto a patrones de consumo y problemas asociados al uso de cocaína: un análisis cualitativo. En: Las Adicciones: Hacia un enfoque multidisciplinario. SSA 1994:65-73.
- Galván J, Medina-Mora ME, Villatoro J, Rojas E, Berenzon S, Juárez F, Carreño S, y López EK.. Conducta antisocial asociada al uso de cocaína en estudiantes de enseñanza media y media superior del Distrito Federal. Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1994(a):65-72.
- García, LC. ¿Qué son las drogas?: Estimulantes, México: Edit. Árbol, 1990.
- Gawin, HF. Cocaine addiction: psychology and neurophysiology. Science 1991;251:1580-1586.
- Gómez OL. Cártel, historia de la droga. 3ª edición, Colombia: Investigación y Concepto, 1991.
- Goodman F. y Guilman H, comp. The Pharmacological Basis of Therapeutics. 8a. edición, Nueva York: Pergamon Press, 1995.
- Grupo IGIA. Convivir con las drogas. Barcelona, España: Grup IGIA, 1995.
- Helman C. Culture, health and illness. 2a. edición. Londres: Wright, 1990.
- Helmuth A. Cluster analysis algorithms for data reduction and classification of objects. United States of America: Edit. John Wiley & Sons, 1980.
- Holman H. Qualitative inquiry in medical research. J Clin Epidemiol. 1993(46):27-32.
- Hulse GK, English DR, Milne E, et al. Maternal cocaine use and low birth weight newborns: A meta-analysis. Addiction 1997;19(11):1561-1570.
- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). XII Censo General de Población y Vivienda 2000.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Censo de Población y Vivienda 1995, Ciudad Juárez Chihuahua, Perfil Sociodemográfico. México, 1998.
- Kessler R, Aguilar-Gaxiola S, Berglund P. et al. Patterns and predictors of treatment seeking after onset of a substance use disorder. Arch Gen Psychiatry 2001;58(11):1065-1071.
- Khalsa ME, Anglin DM, Paredes A, Potepan P and Potter C. Pretreatment natural history of cocaine addiction: Preliminary 1-year follow up results. In: Tims F and Leukefeld C. Cocaine treatment: research and clinical perspectives. NIDA Research Monograph 1993; 135: 218-235
- Lara MA, Romero M, et al. Percepción que tiene una comunidad sobre el uso de solventes inhalables. Salud Mental 1998;21(2):19-28.
- Lorenzo P., Ladero JM, Leza JC y Lizasoain I. Drogodependencias: Farmacología, patología, psicología, legislación. Madrid, España: Edit. Medica Panamericana. 1998.
- Mechanic D. Future issues in health care: social policy and the rationing of medical services. New York: The Free Press, 1979
- Mechanic D. Medical Sociology. A Selective View. University of Wisconsin. New York: The Free Press, 1968
- Medina-Mora ME, Ortiz A, Carreño S, Velez A., Fasuke, S. Model Program for the prevention of the abuse alcohol and other drugs by workers and their families. Statistical Report. Mexico. International Labor Office, United Nations Program for International Drug Control, World Health Organization, Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1998
- Medina-Mora ME, Rojas E, Olmedo R. Drug use among mexican studen youth. National Institute on Drug Abuse. Epidemiologic trends in drug abuse. Proceedings Community Epidemiology Work Group. 1992 December:483-494
- Medina-Mora ME. La prevención de las adicciones. En: Nateras A. Jóvenes, culturas e identidades México: Edit. Plaza y Valdes UAM- Iztapalapa (En prensa).

FALLA DE ORIGEN

- Medina-Mora, ME, Villatoro J, López EK, Berenson S., Carreño S. y Juárez F. Los factores que se relacionan con el inicio, el uso continuado y el abuso de sustancias psicoactivas en adolescentes mexicanos. *Gaceta Médica Mex* 1995;131(4):383-393.
- Medina-Mora, ME., Ortiz A., Caudillo, C., López, S. Inhalación deliberada de disolventes en un grupo de menores mexicanos. *Salud Mental* 1982;5(1): 77-86.
- Medina-Mora ME, Villatoro J, Fleiz C. Uso indebido de sustancias. En: Estudio de niños, niñas y adolescentes entre 6 y 17 años trabajadores en 100 ciudades. UNICEF, DIF, PNUFID México. 1999.
- Menéndez E. El punto de vista del actor: homogeneidad, diferencia e historicidad. *Relaciones*, 1997; 9,:239-270.
- Mirin SM, Batki LS, Bukstein O, et al. Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: Alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatry Supp* 1995;152 (11):1-59.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). INFOFAX Crack and cocaine 2001:135-146.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA), National Institutes of Health, Crack y Cocaína, 211, 1998.
- National Institutes of Health (NIH). Epidemiologic trends in drug abuse: Proceedings of the community epidemiology work group. National Institute on Drug Abuse. NIH Pub 01-4916A, Jun 2001.
- Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA-1999 Para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones. México, 2000.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Tendencias Mundiales de las Drogas Ilícitas. Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito. New York 2001.
- Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, CIE-10, Décima revisión. OPS/OMS. Washington, D.C: Estados Unidos de América, 1995.
- Organización Panamericana de la Salud. Estadísticas de salud de la frontera México-Estados Unidos. 7ª Ed. Oficina de campo OPS, El Paso, Texas: OPS, 1991.

- Ortiz A, Soriano A, Galván J, Rodríguez E, González L, Unikel C. Características de los usuarios de cocaína, su percepción y actitud hacia los servicios de tratamiento. *Salud Mental Supp* 1997;20:8-14.
- Ortiz A, Soriano A, Rodríguez E, et al. Grupo Interinstitucional para el desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Resultados de la aplicación de la cédula: "Informe individual sobre consumo de Drogas". Tendencias en el área metropolitana No.27 Ed. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, 1999.
- Ortiz A., Galván J, Rodríguez E, Unikel C, González L y Domínguez MJ. Percepción del usuario sobre el consumo de cocaína. *Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría*, 1995:161-168.
- Ortiz A, Rodríguez E, Galván J, Unikel C, Domínguez MJ, González L y Hernández G. Cocaine use in México City: an ethnographic approach. Rockville Maryland, NIDA. 1994: 353-366.
- Peele S y Degrandor J. Cocaine and the concept of addiction: Environmental factors in drug compulsions. *Addiction Research* 1998;6 (3): 235-263.
- Pérez-Gálvez B. ¿Hacia dónde avanza el modelo asistencial al drogodependiente? *Trastornos adictivos* 2001; 3(3):205-213.
- Ponce de León RE. De jóvenes, sociedad y drogas. *Jóvenes* 1997; 1(3): 84-93.
- Prieto L. Más allá de los métodos cuantitativos y cualitativos: el método científico. *Revisiones salud publica*. 1997; (5):195-199.
- Ramírez-Sánchez T, Ramírez ST, Najera P, Nigenda LG. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Salud Publica Mex*. 1988;40(1):1-10.
- Romaní O. Las drogas, sueños y razones. España: Edit Ariel, 1999.
- Romaní O. Proceso de "modernización", cultura juvenil y drogas. En: Rodríguez F. Comunicación y lenguaje juvenil. Madrid, España: Ed. Fundamentos, 1989.
- Romero M. Estudio de las adicciones en mujeres y su relación con otros problemas de salud mental. Tesis para obtener el grado de Doctora en Antropología. Instituto de Investigaciones Antropológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México 1998.

- Ruelas, E. Transiciones indispensables: de la cantidad a la calidad y de la evaluación a la garantía. *Salud Publica Mex*, 1990;32 (2):108-109.
- Schlaepfer-Pedrazzini L, Infante-Castañeda C. La Medición de Salud: Perspectivas Teóricas y Metodológicas. *Salud Publica Mex* 1990;32(2) 141-155.
- Schoeneberger ML, Logan TK, Leukefeld GC. Age differences in HIV risk behaviors and drug treatment utilization among drug users in Kentucky. *Susbtance use & misuse* 2001; 36(6&7):867-925.
- Secretaría de Educación Pública (SEP), Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP). Encuesta Nacional Sobre Uso de Drogas entre la Comunidad Escolar. México.1991.
- Secretaría de Salud y Consejo Nacional contra las Adicciones. Programa contra la Farmacodependencia., ISBN:968-811-886-9., México. 2000.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe Anual, México, 2000.
- Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe Anual México, 2001.
- Secretaría de Salud, Instituto Mexicano de Psiquiatría, Dirección General de Epidemiología, CONADIC. Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)1998. México 1998.
- Secretaría de Salud, Instituto, Dirección General de Epidemiología. Encuesta Nacional de Salud (ENSA). México 2000.
- Secretaría de Salud. El Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica: La vigilancia epidemiológica en la prevención y control de enfermedades (SINAVE). ISBN 968-811-976-8.México, 2000.
- Seidenberg A., Honegger U. Metadona, heroína y otros opiodes. Madrid, España: Edit. Díaz de Santos, 2000.
- Solís L, Medina-Mora ME. Manejo actual de la farmacodependencia. *Revista de Investigación Clínica* 2000;52(3):275-283.
- Soto RJ y Nateras DA. Dilemas contemporáneos de la identidad y lo juvenil. *Jóvenes* 1997; 1(4): 12-29.

- Souza y Machorro M, Guiza B, Díaz L, y Sánchez-Huesca R. Farmacoterapia de los síndromes de intoxicación y abstinencia por psicotrópicos, México: Centros de Integración Juvenil, 1997.
- Staton M, Leukefeld C, Logan T. Health service utilizations and victimization among incarcerated female substance users. *Substance Use and Misuse*, 2001; 36(6-7):701-716.
- Tapia-Conyer R, Cravioto P, De la Rosa B. Encuesta sobre el consumo de drogas en la frontera norte de México. Secretaría de Salud, 1993 (a).
- Tapia-Conyer R, Medina Mora ME., Sepúlveda J y col. La encuesta nacional de adicciones de México. *Salud Publica Mex* 1990;32 (5):507-522.
- Tapia-Conyer R. Cravioto P, Kuri P y col. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. México: SSA, 1997.
- Tapia-Conyer R. Cravioto P, Kuri P y col. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. México: SSA, 1998.
- Tapia-Conyer R. Los patrones de consumo de la cocaína y la utilización de los servicios de salud en Ciudad Juárez, Chihuahua. (Proyecto de tesis-resultados preliminares). Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud: Universidad Nacional Autónoma de México, 2001.
- Tapia-Conyer R. y col. Encuesta Nacional de Adicciones, Reporte Estadístico. SSA: 1999
- Tapia-Conyer R. y col. Encuesta Nacional de Adicciones. SSA:1993(b)
- Tapia-Conyer R., Cravioto P, Kuri P y col. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. México: SSA, 1991.
- Taylor JS. Introducción a los métodos cualitativos de investigación. España: Paidós, 1996.
- Torres de Galvis Y, Montoya B. II estudio de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas, Ministerio de Salud, República de Colombia, 1997.
- Tucker JA. Resolving problems associated with alcohol and drug misuse: understanding relations between addictive behavior change and the use of services. *Substance use & misuse* 2001;36(11):1501-1518.



- Unikel C, Galván J, Soriano A, Villatoro J, Ortiz A, y Rodríguez E. Evolución del consumo de cocaína en México y su presencia entre las clases menos favorecidas. *Salud Mental* 1998; 21:29-36.
- US Department of Justice, Drug Enforcement Administration. *Drogas de las que se abusa*, Estados Unidos de América, 1986.
- Vega L, Gutiérrez R. La inhalación deliberada de hidrocarburos aromáticos durante el embarazo de adolescentes consideradas como "de la calle". *Salud Mental* 1998;21(2):1-9.
- Vélez-Ibáñez CG. *Visiones de Frontera. Las culturas mexicanas del suroeste de Estados Unidos*. México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social y Miguel Ángel Porrúa, 1999.
- Viesca C. Bosquejo histórico de las adicciones. En: Tapia-Conyer, R comp. *Las adicciones. Dimensión, impacto y perspectivas*. Manual Moderno. México, 1994.
- Villatoro J, Medina-Mora M.E, Cardiel H, Fleiz C, Alcántar E, Navarro C, y col.. Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 1997. Reporte Global del Distrito Federal. SEP, IMP, México, 1999.
- Villatoro J, Medina-Mora M.E, Rojano C, Fleiz C, Villa G, Jasso A, y col.. Consumo de drogas, alcohol y tabaco en estudiantes del Distrito Federal: medición otoño 2000. Reporte Global del Distrito Federal . INP-SEP. México, 2001.
- Wagner F, Borges G, Medina-Mora ME, Benjet C y Villatoro J. Parental involvement, needs and drug-related service utilization among Mexican middle and high school students. *Journal of Family Social Work* 2001;6(1): 79-95.
- Weiss R, Mirin S, Bartel R. *Cocaine*. American Psychiatric Press. Washington:1994.
- World Health Organization. Programme on Substance Abuse. United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute. Initiative on Cocaine Key Informant Study International Report, 1995.
- World Health Organization. The natural history of cocaine abuse. Programme on substance abuse. WHO/UNICRI initiative on cocaine, 1995a

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

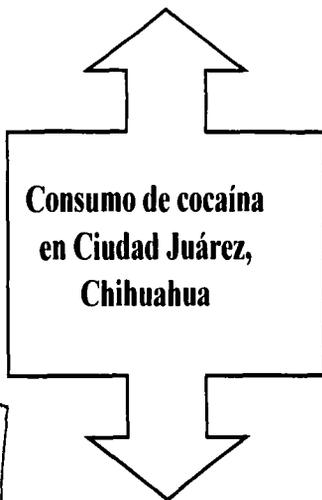
ANEXO 1

**ENFOQUE CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO
EN LA
INVESTIGACIÓN-ACCIÓN DEL
PROBLEMA DE LA COCAÍNA
EN CIUDAD JUÁREZ,
CHIHUAHUA**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Enfoque conceptual y metodológico en la investigación - acción del problema de la cocaína en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Investigación del consumo de cocaína a nivel poblacional



Acciones de los servicios de salud

TESIS CON FALTA DE CONTENIDO

Condiciones

- Investigación epidemiológica: Historia natural del consumo de la cocaína (características del usuario, historia de consumo, formas de uso, consecuencias para la salud, otros factores).

Respuestas

- Investigación en sistemas de salud: apreciación de la respuesta de los servicios de salud ante el problema desde la perspectiva del usuario y del prestador del servicio.

Nivel individual

- Servicios personales de salud: Atención médica para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación del usuario.

Nivel poblacional

- Percepción de la utilización del servicio: calidad, accesibilidad, cobertura, gestión tecnológica; satisfacción del usuario y del prestador.
- Preparación y organización de los servicios de salud para responder al reto.
- Coordinación intersectorial para enfrentar el consumo de cocaína.
- Información sobre el reto que impone a los servicios de salud el consumo de cocaína.
- Complementar e integrar con la información proveniente de otras metodologías.

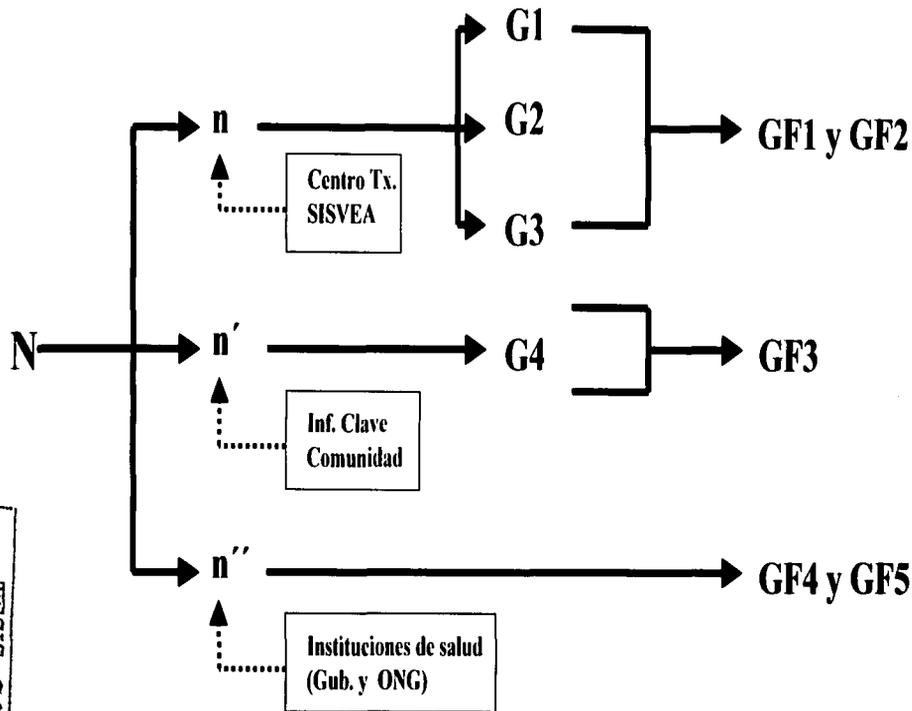
Metodología cuantitativa • **Estudio transversal analítico**

Metodología cualitativa: • **Entrevista a informantes clave**
• **Grupos focales**

ANEXO 2
DISEÑO OPERATIVO DEL
ESTUDIO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISEÑO OPERATIVO DEL ESTUDIO



TESIS CON
 FALTA DE ORIGEN

N: población general
 n: Usuarios de drogas en centros de tratamiento
 n': Usuarios de drogas en la comunidad
 n'': Prestadores de servicios del sector salud

G1: Usuarios de cocaína en tratamiento
 G2: Usuarios de drogas (cocaína no droga principal) en tratamiento
 G3: Usuarios de otras drogas diferentes a la cocaína en tratamiento en la comunidad
 G4: Usuario de cocaína sin tratamiento

GF1 y 2: Grupo focal de usuarios de cocaína en tratamiento
 GF3: Grupo focal de usuarios de cocaína sin tratamiento en la comunidad
 GF4 y 5: Grupo focal de prestadores de servicios del sector salud

ANEXO 3
ESQUEMA CONCEPTUAL DE LAS
VARIABLES (ESQUEMAS 1-4)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESQUEMA CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Edad
 Sexo
 Ocupación
 Escolaridad
 Estado civil
 Lugar de nacimiento
 Tiempo de residencia
 Ocupación materna
 Ocupación paterna
 Convivientes

HISTORIA DE CONSUMO

Inicio

Uso Habitual

Uso último mes

Uso intensivo

Características del Consumo

Edad de inicio
 Círculo Soc. de iniciación
 Lugar de iniciación
 Motivo para el consumo
 Forma de consecución
 Cantidad de consumo
 Vía de Administración
 Combinación con otras drogas
 Combinación con otros derivados
 Presión para el consumo

Edad de inicio de consumo habitual
 Círculo social de consumo
 Lugar de consumo
 Duración del periodo entre 1ª vez y consumo habitual
 Frecuencia de consumo
 Cantidad de consumo
 Vía de administración
 Motivo de consumo
 Combinación con otras drogas
 Combinación con otros derivados
 Ingreso económico
 Periodos de abstinencia (presencia y duración)
 Motivo de la abstinencia
 Motivo de "recaída"

Edad de mayor consumo
 Círculo social de mayor consumo
 Lugar de consumo
 Frecuencia de consumo
 Cantidad de consumo
 Duración del periodo
 Vía de administración
 Motivo de mayor consumo
 Motivo para la reducción de ese consumo
 Combinación con otras drogas
 Combinación de derivados

A

Met. Cuantitativa

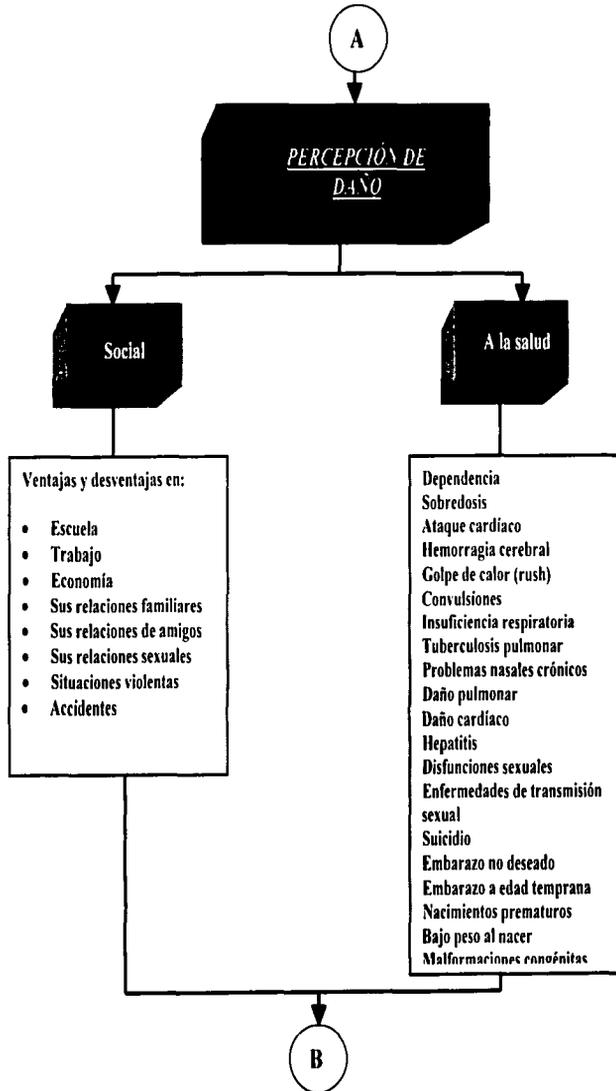
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESQUEMA CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

Met. Cuantitativa

Efectos de la
Cocaína

TESIS CUI
FALTA DE CREEN

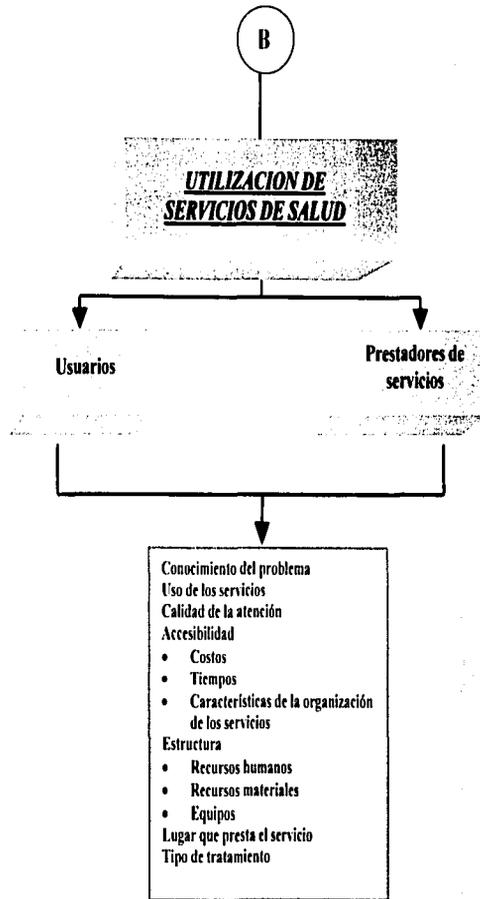


ESQUEMA CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

Met: **C**ualitativa

Percepción de la
Respuesta Brindada
por los Servicios de
Salud



ANEXO 4

**CUADRO 1, REGISTRO DE POBLACIÓN EN
CENTROS DE TRATAMIENTO Y
CUADRO 2, CALCULO PARA ENTREVISTAS EN
CENTROS DE TRATAMEINTO**

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO 1

REGISTRO DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE A CENTROS DE TRATAMIENTO

(ÚLTIMA SEMANA)

No.	NOMBRE DEL CENTRO	Ingresos última semana	Nuevos ingresos	Usuarios Cocaína	Usuarios Speed-ball	Prev. Cocaína	Prev. Speed-ball
1	Agua de Vida	18	16	1	1	5.6	5.6
2	Agua Viva (centro de mujeres)	10	6	4	0	40.0	0.0
3	Agua Viva (La granja)	13	10	4	1	30.8	7.7
4	Alcance Victoria (jóvenes)	10	4	3	2	30.0	20.0
5	Alcance Victoria (Francisco I. Madero)	15	12	3	4	20.0	26.7
6	Alcance Victoria (Adultos)	45	10	5	30	11.1	66.7
7	Alcance Victoria (Santa María)	9	8	0	8	0	88.9
8	Alcance Victoria (Pipila)	3	1	1	0	33.3	0.0
9	Alcance Victoria (Felipe Angeles)	3	2	0	0	0.0	0.0
10	CECATA	5	4	1	3	20.0	60.0
11	Centros de Integración Juvenil (CIJ)	8	---	5	1	62.5	12.5
12	Iglesia Misioneros (Soldados de Cristo)	16	4	7	0	43.8	0.0
13	Vidas en Victoria	8	7	1	0	12.5	0.0
14	Clamor en el Barrio	17	4	8	0	47.1	0.0
15	Gloria de Antioquía (mujeres)	5	4	0	1	0.0	20.0

FALTA DE CUBIERTOS

CUADRO 1 (continuación)

REGISTRO DE LA POBLACIÓN QUE ACUDE A CENTROS DE TRATAMIENTO
(ÚLTIMA SEMANA)

No.	NOMBRE DEL CENTRO	Ingresos última semana	Nuevos ingresos	Usuarios Cocaína	Usuarios Speed-ball	Prev. Cocaína	Prev. Speed-ball
16	Gloria de Antioquia (Casa 2)	3	3	0	3	0.0	100.0
17	Gloria de Antioquia (Proyecto de Fe)	8	4	2	0	25.0	0.0
18	Gloria de Antioquia (Casa Plutarco)	8	3	1	2	12.5	25.0
19	Gloria de Antioquia (Casa de la Melchor)	10	2	0	3	0.0	30.0
20	Clinica de Metadona	14	8	2	0	14.3	0.0
21	Programa Compañeros	3	0	1	1	33.3	33.3
22	Reto a la Juventud (mujeres)	0	0	0	0	--	--
23	Vino, Trigo y Aceite (hombres)	4	2	1	1	25.0	25.0
24	Vino, Trigo y Aceite (mujeres)	6	5	3	1	50.0	16.7
25	Visión en Acción (Central)	12	7	0	12	0.0	100.0
26	Visión en Acción (Granja Pescadores)	20	---	0	0	0.0	0.0
27	Visión en Acción (Mujeres)	30	20	0	30	0.0	100.0
28	Visión en Acción (Comedor Público)	110	10	0	110	0.0	100.0
29	Casa Libertad Bethel	2	1	0	2	0.0	100.0
30	Narcóticos Anónimos	14	4	11	0	78.6	0.0
31	Desafío Juvenil	2	2	0	2	0.0	100.0
	TOTAL	431	163	64	218	--	--

FALTA DE ORIGEN

CUADRO 2

RESULTADOS DE LOS CALCULOS PARA ENTREVISTAS EN CENTROS DE TRATAMIENTO

No.	NOMBRE DEL CENTRO	Nuevos ingresos esperados	Usuarios de cocaína esperados	Grupo 1 y 2*	Grupo 3
1	Agua de Vida	160	10	1	7
2	Agua Viva (centro de mujeres)	60	40	5	3
3	Agua Viva (La granja)	100	40	5	5
4	Alcance Victoria (jóvenes)	40	30	4	2
5	Alcance Victoria (Francisco I. Madero)	120	30	4	6
6	Alcance Victoria (Adultos)	100	50	6	5
7	Alcance Victoria (Santa María)	80	0	0	4
8	Alcance Victoria (Pípila)	10	10	1	0
9	Alcance Victoria (Felipe Angeles)	20	0	0	1
10	CECATA	40	10	1	2
11	Centros de Integración Juvenil (CIJ)	—	50	6	—
12	Iglesia Misioneros (Soldados de Cristo)	40	70	8	2
13	Vidas en Victoria	70	10	1	3
14	Clamor en el Barrio	40	80	9	2
15	Gloria de Antioquia (mujeres)	40	0	0	2

FALTA DE DATOS

CUADRO 2 (continuación)

RESULTADOS DE LOS CALCULOS PARA ENTREVISTAS EN CENTROS DE TRATAMIENTO

No.	NOMBRE DEL CENTRO	Nuevos ingresos esperados	Usuarios de cocaína esperados	Grupo 1 y 2*	Grupo 3
16	Gloria de Antioquia (Casa 2)	30	0	0	1
17	Gloria de Antioquia (Proyecto de Fe)	40	20	2	2
18	Gloria de Antioquia (Casa Plutarco)	30	10	1	1
19	Gloria de Antioquia (Casa de la Melchor)	20	0	0	1
20	Clínica de Metadona	80	20	2	4
21	Programa Compañeros	0	10	1	0
22	Reto a la Juventud (mujeres)	0	0	0	0
23	Vino, Trigo y Aceite (hombres)	20	10	1	1
24	Vino, Trigo y Aceite (mujeres)	50	30	4	2
25	Visión en Acción (Central)	70	0	0	3
26	Visión en Acción (Granja Pescadores)	—	0	0	—
27	Visión en Acción (Mujeres)	200	0	0	9
28	Visión en Acción (Comedor Público)	100	0	0	5
29	Casa Libertad Bethel	10	0	0	0
30	Narcóticos Anónimos	40	110	13	2
31	Desafío Juvenil	20	0	0	1
	TOTAL	1630	640	75	75

* Número de usuarios a entrevistar en cada grupo

FALLA DE CUBIERTA

ANEXO 5
ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA
PARA INFORMANTES CLAVE

TECIS
FALLA DE ORIGEN

DATOS DEL INFORMANTE

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ (Mas., Fem.)

Tiempo de vivir en Juárez: _____
(años, meses, días)

Lugar de residencia: _____
(Colonia o barrio)

Escolaridad: _____

Estado civil: _____

Ocupación: _____

DATOS SOBRE LA OFERTA DE COCAÍNA

Derivados en usos: 1) Coca en polvo, 2) Piedra, 3) Crack, 4) Speed-ball, 5) Otra: _____

Drogas más usadas en el barrio: 1) Marihuana, 2) Cocaína, 3) Heroína, 4) Alcohol, 5) Pastillas, 6) Speed-ball, 7) Extasis, 7) Otras _____

Formas de presentación: _____

Facilidad o dificultad para conseguir coca: _____

Lugares para adquirir coca: _____

Lugares de consumo: _____

Calidad de la coca que circula: _____

Costo de la coca en la calle: _____

Lugares de procedencia de la coca que se vende: _____

Quienes son los vendedores: _____

PATRONES DE CONSUMO DE LA COCAÍNA

Quienes la usan: _____
(jóvenes, viejos, adolescentes, niños, adultos, todas las edades, etc...)

De que sexo son: _____
(principalmente mujeres, principalmente hombres, hombres y mujeres por igual)

Cuál es la ocupación de los que la usan: _____
(Estudiantes, empleados de las maquilas, desempleados, lavacoche, vendedores, etc..)

Frecuencia del consumo: _____
(diario, cada fin de semana, ocasionalmente, etc.)

Vías de administración: _____
(fumada, inyectada, inhalada, aspirada, untada)

Mezclas usadas con la coca: _____

USO DE SERVICIOS DE SALUD

Asistencia a los servicios de salud: _____
(hospitales, centros de salud, etc..)

Por que cree que van o no a los servicios de salud: _____

Principales causas para asistir: _____

Calidad y trato de la atención: _____

Por qué: _____

Que les hacen en los servicios de salud: _____

Tipo de centros que van los usuarios de cocaína: _____

Que tipo de servicios diferentes se deben brindar: _____

PROBLEMAS ASOCIADOS CON EL USO DE COCAÍNA

Enfermedades: _____

Incremento de las urgencias y las hospitalizaciones: _____

Incremento de los delitos, arrestos, etc.: _____

Incremento de la prostitución, el andar en la calle: _____

Otra situación: _____

A cuantos usuarios de cocaína conoce usted personalmente: _____

FALLA DE ORIGEN

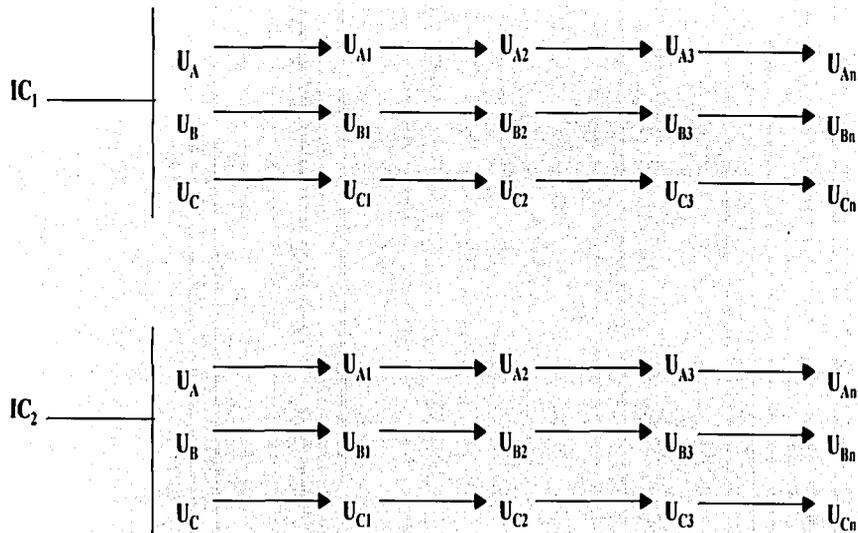
ANEXO 6
ESQUEMA PARA EL SEGUIMIENTO
DE LA CADENA DE ENTREVISTAS
DEL GRUPO 4

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 6.

Esquema para el seguimiento de los entrevistados
en la comunidad

Entrevistador: _____



FAJLA DE OROJEN

ANEXO 7

**GUÍA TEMÁTICA PARA GRUPOS FOCALES
CON USUARIOS DE COCAÍNA**

**GUÍA TEMÁTICA PARA GRUPOS FOCALES
CON PRESTADORES DE SERVICIOS**

TEJES CON
FALLA DE ORIGEN

GUÍA TEMÁTICA PARA GRUPOS FOCALES CON USUARIOS DE COCAÍNA

a) PREPARACIÓN DEL GRUPO.

- Introducción (Se brindará información sobre la finalidad general del grupo, estableciendo las normas básicas que se seguirán y promoviendo la relación entre todos los participantes).
- Presentación de cada participante, evitando promover estereotipos.

b.1) PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LOS CENTROS DE TRATAMIENTO. (Estructura, Proceso y Resultados)

Estructura:

- Cadena de preguntas sobre el personal que le recibe y atiende en el Centro de tratamiento: Cantidad, preparación, compromiso con su labor.
- ¿Qué opina sobre la comodidad de las instalaciones del Centro de Tratamiento? (Incluyendo dormitorios, salas, accesorios como televisión, radio, etc.).
- Describame cómo se imagina que sería físicamente el Centro de tratamiento "ideal". (No importa si es factible o no.)
- ¿Qué opina sobre la comida que ofrecen en algunos Centros? (Suficiencia, frecuencia, sabor, equilibrio.)

Proceso:

- ¿Cómo es el trato que recibe usted en el Centro de Tratamiento?
- ¿Qué opina sobre la actitud hacia usted y su problema, de quienes le atienden en el Centro de Tratamiento.
- Si digo "desintoxicación" ¿qué es lo primero que le viene a la mente?
- ¿Quién piensa usted que es la persona más apropiada para brindar el tratamiento?.
- ¿Quién lo atiende en el centro de tratamiento?
- Describame las actividades que se desarrollan en un día normal en el centro de tratamiento.

Resultados:

- La ayuda que le brindan en estos centros ¿qué tipo de resultados da?.
- Si usted dirigiera un Centro de Tratamiento ¿cuál sería la prioridad?
- Supongamos que yo no soy de aquí pero tengo un problema serio con mi consumo de cocaína ¿porqué venir a un Centro de Tratamiento?. Convéncame.
- Describame cómo es la calidad de la atención que le brindan en el Centro de tratamiento.

c.1) PERCEPCIÓN SOBRE LA ACCESIBILIDAD A LOS CENTROS DE TRATAMIENTO.

- Describame lo que hay que hacer para ingresar a un Centro de Tratamiento. (Requisitos, tiempo que se invierte, costos)
- De todos los Centros de Tratamiento que conocen

TEJIS U...
FALLA DE ORIGEN

- ¿Cuál recomendarían y porqué?
- ¿Qué es lo que más le disgusta de los Centros de Tratamiento?
- ¿Qué es lo que más le agrada de los Centros de Tratamiento?

d.1) UTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE LOS CENTROS DE TRATAMIENTO.

- ¿Cuál piensa que es la razón principal para acudir a un Centro de Tratamiento?
- ¿Qué tan frecuente es que se abandone el Tratamiento?
- ¿Cuál piensa que es la razón principal por la que se abandona el tratamiento?

e.1) GESTIÓN TECNOLÓGICA EN LOS CENTROS DE TRATAMIENTO.

- En lo referente a medicamentos, tipo de tratamiento, aparatos o material utilizados (baumanómetros, sueros, venoclisis, etc), ¿le parece que son adecuados (suficientes, modernos, funcionales). Esto tanto en la fase de desintoxicación como ya dentro del proceso de la rehabilitación.

GUÍA TEMÁTICA PARA LOS GRUPOS FOCALES CON PRESTADORES DE SERVICIOS

a) PREPARACIÓN DEL GRUPO.

- Introducción (Se brindará información sobre la finalidad general del grupo, estableciendo las normas básicas que se seguirán y promoviendo la relación entre todos los participantes).

- Presentación de cada participante, evitando promover estereotipos.

b) PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN BRINDADA (Estructura, Proceso y Resultados)

Estructura:

- ¿Qué opina sobre la comodidad de las instalaciones en las que presta su servicio. (Espacio, iluminación, temperatura, funcionalidad).

- Describame cómo se imagina que sería físicamente el sitio "ideal" para la atención y rehabilitación de un usuario de Cocaína. (No importa si es factible o no).

Proceso:

- Cadena de preguntas sobre su percepción acerca de los usuarios de cocaína que acuden a solicitar su ayuda: Personalidad, Actitud ante la vida, motivos del consumo, actividad que desarrollan, etc.

- ¿Cómo es el trato que debe brindarse al usuario de cocaína que sufre una sobredosis y/o que quisiera rehabilitarse?

- Si digo "desintoxicación" ¿qué es lo primero que le viene a la mente?

- ¿Quién piensa usted que es la persona más apropiada para brindar el tratamiento?

- Describanme ¿Qué es lo que hacen en el Servicio de Salud y/o el Centro de Tratamiento, cuando acude un individuo por un problema relacionado al uso de Cocaína? (Accidente, Sobredosis, etc)

- Síndrome de abstinencia, deseo de Rehabilitación, etc.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Resultados:

- El tratamiento que le brindan ustedes ¿qué tipo de resultados da?
- ¿Cuál piensa que es la prioridad en la atención de un usuario de cocaína?
- Describame cómo consideran ustedes que es la calidad de la atención que le brindan a los usuarios de Cocaína. (Suficientes, modernos, funcionales).

c) PERCEPCIÓN SOBRE LA ACCESIBILIDAD AL SERVICIO BRINDADO (CENTRO DE TRATAMIENTO O SERVICIOS DE SALUD)

- Describanme lo que hay que hacer para ingresar a un Servicio de Salud y/o al Centro de Tratamiento. (Requisitos, tiempo que se invierte, costos)
- En caso de una Sobredosis o algún problema de salud relacionado con consumo de Cocaína ¿Sabe usted qué hacer?
- ¿Qué opinan del sistema de referencia y contrarreferencia en usuarios de Cocaína? (Existencia, factibilidad, pertinencia).

d) UTILIZACIÓN DEL SERVICIO BRINDADO. (CENTRO DE TRATAMIENTO O SERVICIOS DE SALUD)

- ¿Cuáles piensa que son las razones principales por las que acuden a solicitar su servicio los usuarios de Cocaína?

e) GESTIÓN TECNOLÓGICA EN LOS CENTROS DE TRATAMIENTO Y SERVICIOS DE SALUD.

- En lo referente a medicamentos, tipo de tratamiento, aparatos o material utilizados (baumanómetros, nsucros, venocllisis, etc), ¿le parece que son adecuados (suficientes, modernos, funcionales).

f) COBERTURA DE LOS SERVICIOS.

- Si afirmara que "los Servicios que se brindan en Ciudad Juárez a los usuarios de Cocaína para su tratamiento y rehabilitación son suficientes y accesibles para cualquier persona" ¿Qué opinarían al respecto?

ANEXO 8
HOJA DE CONSENTIMIENTO
INFORMADO

TESIS CON
FALLA DE CONSENTIMIENTO

LOS PATRONES DE CONSUMO DE LA COCAINA Y
LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA

ANEXO 8

HOJA DE CONSENTIMIENTO

ESTOY DE ACUERDO EN FORMAR PARTE DEL ESTUDIO ACERCA DE LOS PATRONES DE CONSUMO DE LA COCAINA Y LA UTILIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN CIUDAD JUAREZ, CHIHUAHUA.

ESTOY INFORMADO, QUE SERAN ENTREVISTADAS DIVERSAS PERSONAS EN ESTE ESTUDIO, INCLUYENDO QUIENES USAN LOS PRODUCTOS DE LA COCAINA, Y OTROS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD QUE TIENEN CONOCIMIENTOS ACERCA DE LOS PRODUCTOS DE LA COCAINA.

SE OBTENDRA INFORMACION ACERCA DE LOS PATRONES DE CONSUMO DE LA COCAINA, CARACTERISTICAS DE LOS USUARIOS, Y LOS PROBLEMAS ASOCIADOS.

ESTE ESTUDIO REQUIERE DE UNA ENTREVISTA Y ESTOY EN EL ENTENDIDO DE QUE SE ME HARAN ALGUNAS PREGUNTAS ACERCA DEL USO DE COCAINA EN MI CIUDAD Y QUE LA ENTREVISTA SERA GRABADA.

TENGO ENTENDIDO QUE LA INFORMACION CAPTADA EN ESTE ESTUDIO ES ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL. UNICAMENTE LOS INVESTIGADORES DIRECTAMENTE RELACIONADOS EN EL ESTUDIO TENDRAN ACCESO A LA INFORMACION. MAS AUN, NO SERE IDENTIFICADO EN NINGUNO DE LOS REPORTES DEL ESTUDIO Y PERMANECERE COMPLETAMENTE ANONIMO(A).

TENGO ENTENDIDO QUE FORMAR PARTE DE ESTE ESTUDIO NO AFECTARA MI PARTICIPACION EN NINGUN SERVICIO CLINICO O LEGAL, O EN EMPLEOS EN DONDE PUEDA ESTAR INVOLUCRADO EN EL PRESENTE O EN EL FUTURO. ENTIENDO QUE PUEDO RENUNCIAR A PARTICIPAR EN EL ESTUDIO EN CUALQUIER MOMENTO, SIN QUE ESTO PERJUDIQUE MI RELACION CON LOS INVESTIGADORES QUE PARTICIPAN EN EL.

HE TENIDO LA OPORTUNIDAD DE DISCUTIR ESTE ESTUDIO CON EL INVESTIGADOR Y LAS PREGUNTAS QUE HE TENIDO SE ME HAN RESPONDIDO A MI COMPLETA SATISFACCION.

FIRMA _____

FECHA _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

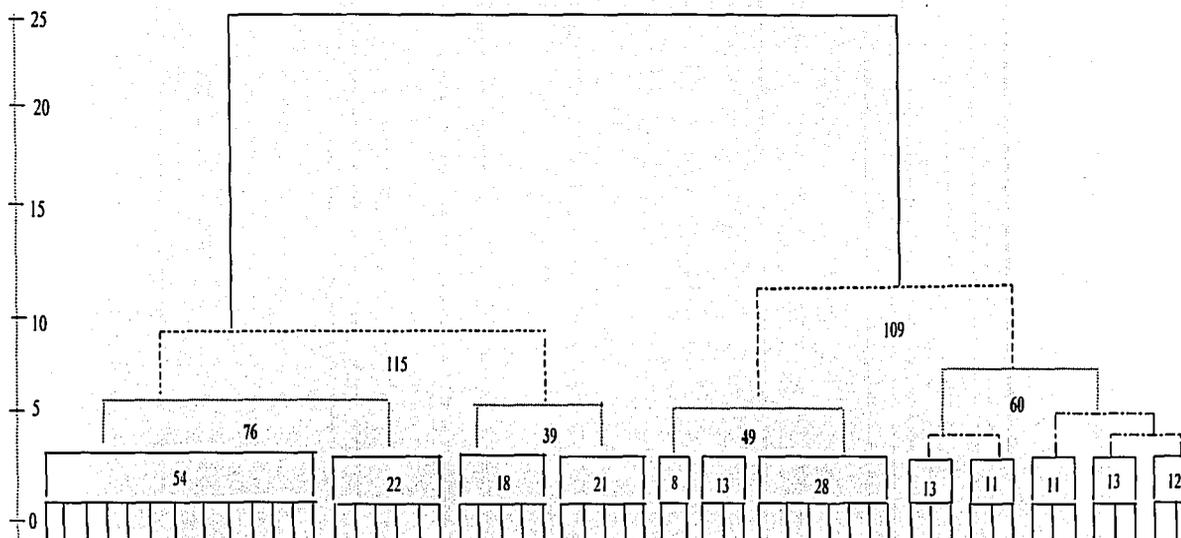
ANEXO 9
DENODOGRAMA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Anexo 9
Esquema del dendograma del análisis de conglomerados
Método de Ward

- VARIABLES**

 - Derivado de cocaína
 - Via de administración
 - Frecuencia de consumo
 - Motivo para usarla habitualmente
 - Lugar de consumo
 - Personas con quien la consume



Escala 1:4

TESIS CON
 DATE: TN