

Patrones de consumo de heroína en una cárcel de la frontera norte de México: barreras de acceso a tratamiento

Patricia Cravioto, Lic en Antropol, M en C,⁽¹⁾ María Elena Medina-Mora, Dra en Psic,⁽²⁾
Blanca de la Rosa, MC, MSP, M en C,⁽¹⁾ Fernando Galván, Lic en F y Mat,⁽³⁾ Roberto Tapia-Conyer, MC, MSP.⁽³⁾

Cravioto P, Medina-Mora ME,
De la Rosa B, Galván F, Tapia-Conyer R.
Patrones de consumo de heroína
en una cárcel de la frontera norte de México:
barreras de acceso a tratamiento.
Salud Publica Mex 2003;45:181-190.
El texto completo en inglés de este artículo está
disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Resumen

Objetivo. Describir la prevalencia del consumo de heroína, los patrones de inicio, el alto consumo y la dependencia a esta sustancia e identificar barreras que impidan a los adictos acudir a tratamiento. **Material y métodos.** El estudio se realizó en la cárcel de Ciudad Juárez, Chihuahua, México, entre abril y junio de 2000; los participantes se obtuvieron a través de un muestreo aleatorio simple, partiendo del censo del penal. Se identificaron las barreras al tratamiento, estimadas mediante un modelo de regresión logística. **Resultados.** La prevalencia de consumo de heroína en los últimos seis meses fue de 26.4%; de 25.3% para usuarios fuertes; 95% fueron dependientes. El promedio de la edad de inicio del consumo fue a los 21 años. El modelo multivariado mostró que baja escolaridad, abstinencia, sobredosis, enfermedades crónicas y tiempo de exposición son barreras que impiden solicitar tratamiento. **Conclusiones.** Las implicaciones de los resultados se discuten en función de aplicarlos para implantar programas de tratamiento en las cárceles. El texto completo en inglés de este artículo está disponible en: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Palabras clave: prevalencia; diacetilmorfina; prisiones; barreras para el tratamiento; México

Cravioto P, Medina-Mora ME,
De la Rosa B, Galván F, Tapia-Conyer R.
Heroin consumption patterns
in a northern Mexican border prison:
obstacles to treatment access.
Salud Publica Mex 2003;45:181-190.
The English version of this paper
is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Abstract

Objective. To assess the prevalence of heroin use, patterns of initiation, intense use, and drug-dependency; also, to assess barriers to drug treatment access. **Material and Methods.** The study was conducted in the Ciudad Juárez, Chihuahua prison. Subjects were selected using simple random sampling from census of prison inmates. Barriers to drug treatment were identified and analyzed using a logistic regression model. **Results.** The prevalence of heroin use for the last six months was 26.4%; 25.3% were intense heroin users; and 95% showed dependence. The mean age of initiation was 21 years. A multivariate model showed that the significant barriers to drug treatment access were: low education, withdrawal, overdosing, presence of chronic diseases, and duration of heroin use. **Conclusions.** Study findings should serve to devise potential applications to establish treatment programs in prisons. The English version of this paper is available at: <http://www.insp.mx/salud/index.html>

Key words: prevalence; diacetylmorphine; prisons; barriers for drug treatment; Mexico

- (1) Dirección General de Epidemiología, Secretaría de Salud, México, DF, México.
(2) Instituto Nacional de Psiquiatría "Dr. Ramón de la Fuente", México, DF, México.
(3) Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, México, DF, México.

Fecha de recibido: 5 de septiembre de 2002 • Fecha de aprobado: 30 de enero de 2003
Solicitud de sobretiros: M en C. Patricia Cravioto. Dirección General de Epidemiología.
Francisco de P. Miranda 177 3er. Piso, colonia Unidad Lomas de Plateros 01480 México, DF, México.
Correo electrónico: tapy50@aol.com, pcravioto@epi.org.mx

En México las adicciones presentan nuevos retos al inicio de este milenio. Así, después de que por un largo periodo hubo bajas tasas de consumo de drogas ilícitas actualmente se ha incrementado el uso de éstas, y es por ello por lo que hoy podemos decir que el país enfrenta una nueva epidemia de consumo de heroína, con el consecuente aumento de problemas sociales y de salud.¹

Aun cuando se conoce que el uso de la heroína no es un fenómeno reciente en México, ya que Unikel y colaboradores han documentado históricamente su consumo desde 1920,² y, en los años setenta, en los que Suárez también reporta un incremento acelerado en el número de casos nuevos de consumo de heroína entre la población penitenciaria de Tijuana, Baja California.³ Asimismo, este autor compara los datos obtenidos en 1970 con los de otro estudio realizado en 1976 y reporta un incremento de 700% en el número de nuevos heroínómanos.⁴ Entre 1976 y 1982 los informes de los Centros de Integración Juvenil reportaban que 2 de cada 100 pacientes usaban heroína.* Sin embargo, hasta la década de los noventa, cuando, de manera sistemática, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (Sisvea), de la Secretaría de Salud, reportaba periódicamente sobre los pacientes que demandaban tratamiento, se mostró un incremento de 1.8%, en 1990, a 4.0% en 2000 en el número de casos debidos a esta droga.⁵ También, desde 1994, con la inclusión de los centros de tratamiento de los organismos no gubernamentales al Sisvea se hace más evidente el incremento de la demanda de tratamiento por el consumo de heroína en ciudades de la frontera norte, los que pasaron de 6.2%, en 1994, a 27.3% en el año 2000.⁶

El consumo de drogas ilícitas, como la heroína, expone a los usuarios a una variedad de problemas de salud, agudos y crónicos. Las complicaciones médicas asociadas con el uso de este tipo de sustancias incluyen diversos problemas: a) relacionados con sus propiedades farmacológicas: sobredosis, lesiones por accidentes bajo su influencia, dependencia; b) por sus vías de administración: hepatitis, abscesos e infecciones, celulitis y el VIH-SIDA, por el uso de jeringas no esterilizadas, y c) por actitudes como conductas delictivas, problemas familiares, abandono escolar y falta de trabajo constante, trayendo consigo serias implicaciones para la salud, tanto individual como pública, sobre todo si se toma en cuenta que muchos de estos problemas pueden ser tratados, y que todos son prevenibles.⁷

Al revisar la literatura se ha reconocido que el estudio de los riesgos debidos a las drogas inyectadas ha sido uno de los ejes en los que se ha centrado la investigación de los determinantes de la epidemia de la infección por el VIH, responsable del SIDA, en las dos últimas décadas,^{8,9} como lo muestran los estudios realizados por Des Jarlais y Friedman en los cuales se observa cómo la epidemia del VIH entre usuarios de drogas intravenosas en la ciudad de Nueva York fue la primera, y ha sido la más extensa conocida hasta el momento, iniciándose en los años setenta y estabilizándose en los noventa, permaneciendo constante hasta el momento.^{9,10} En los Estados Unidos de América (EUA), desde el principio de la epidemia el abuso de drogas ha jugado un papel importante en la transmisión del VIH. Al uso de drogas intravenosa (UDI) puede atribuírsele aproximadamente 30% de los casos de SIDA reportados hasta 2000. También se le han asociado otras infecciones de transmisión sexual, como la hepatitis B.^{11,12}

En México la prevalencia del VIH en los adultos de la población general se encuentra por debajo de 1%, pero en ciertas zonas del país, en 2002, han empezado a detectarse tasas de prevalencia mucho más elevadas en grupos específicos de la población: hasta 6% en usuarios de drogas intravenosas y 15% en varones que tienen relaciones sexuales con varones.^{12,13} Otras investigaciones realizadas en cárceles como las de Tijuana, en Baja California, y Ciudad Juárez, Chihuahua, durante 2000 reportaron prevalencias de uso de drogas inyectables entre los internos de ambas prisiones de 37 y 24%, respectivamente, siendo la heroína la droga más frecuentemente utilizada, seguida por la cocaína o el uso simultáneo de la combinación de ambas (*speedball*). Asimismo, la prevalencia para el VIH fue de 2.5% en la cárcel de Tijuana y de 1.3% para la de Ciudad Juárez.¹⁴

Diversas investigaciones han descrito el impacto negativo que el comportamiento debido al uso de drogas ilícitas puede tener sobre la salud, así como los efectos positivos que la prevención o el tratamiento oportuno de las enfermedades poseen sobre la calidad de vida y el costo de la atención en salud, especialmente en el caso de los problemas de tipo crónico; sin embargo, es poco lo que se conoce acerca del uso de los servicios de atención entre los usuarios de drogas inyectadas.^{7,15} Esto debido a diferentes razones, en primer lugar, por tratarse de una población marginada con difícil acceso y poco acercamiento a los servicios de salud y, en segundo lugar, por no poderse abordar dicha utilización con estrategias de investigación, como las encuestas.

En México la proporción de individuos que buscan ayuda es baja, sólo 14% de los usuarios que presen-

* Hernández DJ, Sánchez HS. Investigación con 108 usuarios de heroína en la ciudad de Tijuana. Centros de Integración Juvenil. México DF, 1985. Documento mimeografiado.

tan tres o más síntomas de dependencia, relacionados con el consumo de drogas, reportan haber acudido a algún servicio terapéutico,¹⁶ por lo que las estrategias de intervención, específicas para cada nivel de atención, deben encaminarse a responder el enorme reto que representa, por ejemplo, el consumo de drogas inyectables, como la heroína, particularmente en la zona de la frontera norte del país donde históricamente se ha presentado un alto nivel de consumo.

Con todo lo anterior, se puede subrayar que el problema existe y que, si bien se han hecho esfuerzos por conocer cuáles son las poblaciones en mayor riesgo de diseminar y contraer todos estos problemas de salud, se requiere de más información sobre los diversos aspectos que conforman el problema, directamente en aquellos sitios donde se concentran los usuarios de drogas inyectables, como son las prisiones. Esto con el propósito de desarrollar programas de prevención y tratamiento en estos lugares los cuales por sus mismas características, propicias para el consumo, los ha llevado a su práctica.

La oportunidad de contar con un estudio sobre la magnitud y la naturaleza del problema del consumo de heroína en Ciudad Juárez* permite analizar la información que proviene de uno de los sitios en donde se realizó esta investigación, el Cereso (Centro de Readaptación Social), de Ciudad Juárez, entre abril y junio de 2000. El objetivo de este artículo es reportar la prevalencia del consumo de la heroína, los patrones de inicio, su alto consumo y la dependencia a ella, así como identificar algunas barreras que les impiden demandar tratamiento para su adicción.

Material y métodos

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó un diseño transversal. El universo de estudio lo constituyó el total de los internos del Cereso ($n=2\ 488$). Se eliminaron aquellos 37 que estaban por cumplir su sentencia dentro de los próximos seis meses, con el fin de asegurar que todas las personas que se entrevistaran permanecieran durante el periodo de recolección de datos; por lo tanto, el listado final para la obtención de la muestra fue de 2 451 individuos. Se tomó como referencia, para calcular el tamaño de muestra, la prevalencia

de consumo de heroína reportada por el servicio médico del penal (16%).* Se obtuvo una muestra total de 1 208 sujetos a entrevistar, para obtener un número representativo de usuarios fuertes de heroína, a través de un muestreo aleatorio simple, utilizando la fórmula de Cochran,¹⁷ con un intervalo de confianza de 95%, un error de 5% y una tasa estimada de posible no respuesta de 15%.

La muestra se conformó por internos e internas del Cereso mayores de 18 años de edad, residentes en Ciudad Juárez en los últimos seis meses, quienes en alguno de estos meses hubieran usado heroína durante dos o más días a la semana u ocho o más días, y a quienes se les clasificó como usuarios fuertes de heroína (UFH).¹⁸

Para el levantamiento de los datos se utilizó una entrevista estructurada para la cual se diseñaron dos cuestionarios: el primero, de tamizaje (CT), que permitió identificar a aquellos internos que aceptaran participar en el estudio, que usaran drogas, que hubieran usado heroína durante los últimos seis meses, y que cumplieran con la definición operacional de ser usuarios fuertes de heroína (uso de heroína dos o más días a la semana, u ocho o más días en algún mes de los últimos seis meses). Además, el cuestionario identificaba su perfil sociodemográfico. En este cuestionario se incluyó la escala de dependencia, según el DSM-IV,¹⁹ por el uso de heroína en los últimos seis meses. El segundo cuestionario, carrera del usuario de heroína (CUH), incluyó información retrospectiva sobre el inicio del uso de heroína, vía de administración, frecuencia y tiempo de exposición al consumo, uso regular de la droga durante los cinco años previos a la entrevista, contactos con centros de tratamiento especializado, y con otras instituciones.

Los cuestionarios se aplicaron, por entrevistadores previamente capacitados, a través de una entrevista directa "cara a cara", la cual duró en promedio 40 minutos. El procedimiento para la recolección de datos se hizo con apoyo del servicio médico del penal y de dos internos, designados como mensajeros para llamar a los reclusos seleccionados por su nombre y primer apellido, y cuando éstos llegaban con el entrevistador éste verificaba que se trataba de la persona seleccionada, preguntándole su segundo apellido, número de

* Cravioto P, Medina-Mora ME, Galván F, De la Rosa BM. El problema de la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Protocolo de investigación, México 2000.

* Cravioto P, Medina-Mora ME, Galván F, De la Rosa BM. El problema de la heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua. Dirección General de Epidemiología, Instituto Mexicano de Psiquiatría. Protocolo de investigación, México 2000.

celda y dormitorio, información que debía coincidir con las listas emitidas por el penal. Se les informó verbalmente a todos los entrevistados en qué consistía la investigación que se estaba realizando, garantizando el anonimato y confidencialidad de los datos, y se les ofreció información sobre opciones de tratamiento y rehabilitación dada su problemática por el consumo de drogas, pero no se les solicitó por escrito su consentimiento informado. El estudio fue autorizado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría, Ramón de la Fuente Muñiz. Una vez concluida la entrevista eran recompensados con la entrega de artículos para su aseo personal, y dulces.

El procesamiento de los datos incluyó una fase de codificación y captura para la cual se desarrollaron dos programas de validación, utilizando la herramienta de desarrollo y manejador de bases de datos relacionales "Visual Fox Pro" versión 5.0.

Definición de variables

Con la intención de dar cuenta de los patrones del consumo de la heroína se incluyeron variables que describieran la primera vez que se consumió esta droga: a) edad cuando por primera vez se consumió; b) lugar donde se inició el consumo; c) la vía de administración de la primera dosis; d) si alguna vez la habían usado inyectada; e) quién lo inyectó por primera vez, y f) edad en la cual se inyectó por primera vez. Por su parte, el alto consumo de la heroína se caracterizó a través de las variables: a) edad de inicio del consumo fuerte; b) frecuencia del consumo; c) vía de administración; d) combinación y mezcla con otras drogas; f) tiempo de exposición a la heroína; g) accesibilidad a la heroína; h) periodos de abstinencia; i) sobredosis; j) dependencia (con base en los criterios establecidos en el DSM-IV), y k) enfermedades crónicas y de tipo infeccioso.

También se consideraron variables sociodemográficas como: edad (años cumplidos), sexo (condición biológica), escolaridad (último año aprobado en la escuela), estado civil (condición de su relación de pareja) y ocupación (ocupación actual).

Para identificar las variables que conforman las barreras de acceso al tratamiento para el usuario de heroína se utilizó como dependiente el uso de servicios especializados, codificado como una variable dicotómica (acuden o no a tratamiento). Para determinar qué aspectos estaban asociados con no demandar tratamiento se seleccionaron 14 variables independientes, que han sido reportadas por otros estudios,⁷ codificadas así: edad actual (mayores de 26 y menores de 27

años); sexo (mujeres, hombres); escolaridad (hasta seis años, es decir, primaria completa y más de seis años); edad de inicio del consumo de la heroína (mayores de 19 años y menores de 20); tiempo de exposición a la heroína (diferencia entre la edad actual y la de inicio del consumo, dicotomizada en más de cinco años y menos de seis); primera vez de inyección de heroína (mayores de 19 años y menores de 20); frecuencia del consumo mensual (más de 25 veces al mes y menos de 26); abstinencia (aquellos que nunca han dejado de usar la heroína, y los que al menos han tenido un periodo de abstinencia mínimo de un mes); sobredosis (presente o ausente), número de sobredosis (al menos una vez o nunca); disminución del consumo habitual de heroína por lo menos de un mes de duración (sí y no); uso de heroína por mayor cantidad y tiempo del habitual (sí y no), y enfermedades crónicas (presencia o no en los últimos cinco años de por lo menos un padecimiento, tales como: diabetes, problemas renales, hepáticos, y cardíaco, hipertensión arterial); uso de servicios de urgencias (sí y no).

Análisis de la información

El análisis estadístico se realizó en dos fases; en una primera, a partir del cuestionario de tamizaje aplicado a la muestra total, se estimaron, con sus respectivos intervalos de confianza de 95%,²⁰ las prevalencias del consumo de drogas alguna vez en la vida, del consumo de heroína en los últimos seis meses, y el uso de heroína en los últimos 30 días. La prevalencia de usuarios fuertes de heroína se obtuvo con aquellos individuos que la usaron en los últimos seis meses y que cumplieran con los criterios de la definición operacional de alto consumo de la droga; también se calcularon sus intervalos de confianza de 95%. Para comparar las diferencias entre edad y sexo se utilizó la χ^2 para variables cualitativas, y para la comparación de medias; a través de las pruebas de *t* y ANOVA, para las variables cuantitativas. Las diferencias fueron consideradas significativas cuando el valor de *p*, fue menor de 0.05.

La segunda fase del análisis incluyó solamente a los 291 usuarios fuertes de heroína. Se efectuó un análisis bivariado de las variables independientes seleccionadas; se calcularon las razones de momios (RM) crudas y sus intervalos de confianza de 95%. Finalmente, las RM ajustadas fueron calculadas desde la estimación de los coeficientes beta en el análisis de regresión logística, el cual se desarrolló para evaluar la asociación independiente de variables predictoras

de los UFH, comparando la probabilidad de no acudir o acudir a tratamiento. El análisis se hizo con el paquete estadístico SPSS v.10 para Windows.

Resultados

La muestra fue de 1 208 internos, a quienes se les invitó para que participaran en el estudio. Finalmente fueron 1 151 los participantes, lo que dio una tasa de respuesta de 95.2%. La prevalencia de consumo de drogas alguna vez en la vida fue de 69.8% (IC95% 64.7-71.9); de éstos 26.4% (IC95% 23.3-28.9) reportó el uso de heroína durante los últimos seis meses previos a la entrevista. Asimismo, 291 de los internos entrevistados cumplieron los criterios para ser clasificados como usuarios fuertes de heroína (UFH), obteniéndose una prevalencia de 25.3% (IC95% 22.5-28.8). De éstos, 272 eran hombres (93.5%) y 19 mujeres (6.5%). El promedio de edad actual para los primeros fue de 27 años (desviación estándar \pm 6.1), mientras que en la población femenina fue mayor (32 años; desviación estándar \pm 6.5), aunque no en forma significativa (cuadro I).

En relación con la escolaridad de los UFH, más de la mitad cursaron el nivel básico (56.6%), y sólo 3.8% nunca asistió formalmente a la escuela; sin embargo, cabe resaltar que los niveles superiores a preparatoria

sólo se encontraron entre los varones. Las diferencias por sexo en ambas variables fueron estadísticamente significativas ($p=0.018$). En cuanto a su estado civil, la mayoría reportaron ser solteros y tener trabajo dentro del penal, diferencias significativas por sexo en ambas variables (cuadro I).

Patrón de inicio del consumo de la heroína

El promedio de la edad de inicio de la heroína fue a los 21 años (desviación estándar \pm 5.9); entre los varones esta media fue también a los 21 años, (desviación estándar \pm 5.7), mientras que en las mujeres fue a los 24 (desviación estándar \pm 8.1) encontrándose diferencias significativas entre sexos. Al analizar la edad de inicio en función de la edad actual de los individuos se encontró que el promedio de edad con la que están empezando a consumir la heroína está disminuyendo significativamente. Así, tenemos que la media de edad de inicio para aquellos que al momento de la entrevista eran menores de 23 años fue de 17.1 (desviación estándar \pm 2.6), mientras que para el grupo de más edad (mayores de 31 años), el promedio fue de 27 (desviación estándar \pm 8.3). Estos resultados indican que existe un efecto por la edad en los individuos en relación con el inicio del consumo de este tipo de droga (figura 1).

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE USUARIOS FUERTES DE HEROÍNA DEL PENAL DE CIUDAD JUÁREZ, SEGÚN SEXO. CHIHUAHUA, MÉXICO, 2000

Variables	Masculino (n=272)		Femenino (n=19)		Total		χ^2	p
	%	Media (DE)	%	Media (DE)	%	Media (DE)		
Escolaridad								
Ninguna	2.9		15.8		3.8		8.06	0.02
Primaria	57.0		47.4		56.4			
Secundaria	39.7		36.8		39.5			
No responde	0.4		-		0.3			
Estado civil								
Soltero	34.6		42.1		35.1		4.22	0.12
Casado	32.7		47.4		33.7			
Separado	32.7		10.5		31.3			
Ocupación								
Sí	62.9		68.4		63.2		0.34	0.84
No	36.4		31.6		36.1			
Edad		26.8 (\pm 6.1)		31.7 (\pm 6.5)		27.1 (\pm 6.3)		Prueba de t: F 0.65 p 0.42

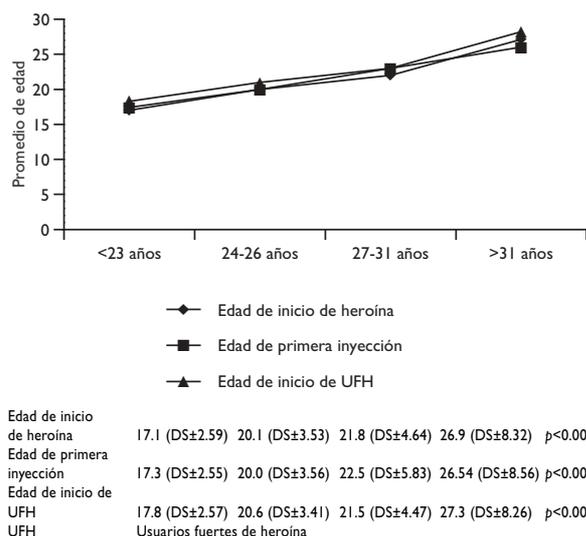


FIGURA 1. COMPARACIÓN DE PROMEDIO DE EDAD DE INICIO, PRIMERA INYECCIÓN Y EDAD DE INICIO DE USUARIOS FUERTES DE HEROÍNA, DEL PENAL DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA, MÉXICO, 2000

Al preguntarles en dónde habían comenzado a usar esta sustancia, 94.2% respondió que en México, y 5.8% refirió que en los EUA. De cada 10 individuos 7 eligieron la inyección como la manera de administración para la primera ocasión, 22.7% la inhalaron, 4.5% iniciaron fumándola y el resto con gotas por la nariz. Al porcentaje de entrevistados que no inició su consumo por vía intravenosa (87 sujetos) se les preguntó si posteriormente se la habían inyectado, a lo cual 78.2% respondieron afirmativamente.

Ahora bien, de aquellos quienes iniciaron el uso de la heroína inyectándose, su promedio de edad fue 21 años (desviación estándar ± 6.1), entre la población de varones, y de 23 (desviación estándar ± 7.5), para las mujeres. Al analizar la relación entre edad actual y la edad a la que estos sujetos se inyectaron por primera vez, se encontró que en el grupo de los menores de 23 años la media de edad de la primera inyección fue a los 17.3 años (desviación estándar ± 2.6), mientras que entre los mayores de 31 años, la primera inyección fue a los 26.5 años (desviación estándar ± 8.6). Llama la atención que la fecha de inicio de la primera vez y la edad promedio de la administración intravenosa coinciden (figura 1).

Con relación a quien fue la persona que los inyectó la primera vez, en 7 de cada 10 hombres fue un amigo, mientras que en el grupo de las mujeres esta razón fue

de 5 por cada 10, además de que casi en una quinta parte fue un conocido quien las inyectó por primera ocasión.

Patrón de consumo fuerte de la heroína

En cuanto al consumo fuerte, el promedio de edad a la que lo iniciaron fue a los 21.4 años (desviación estándar ± 5.9), no encontrando diferencias por sexo. Al comparar la edad a la que estos sujetos se convirtieron en UFH se evidenció que, nuevamente, este momento coincide tanto con el promedio de la edad de inicio del consumo, como con el de la primera vez que se inyectaron la droga. Asimismo, puede observarse que mientras el consumo fuerte se iniciaba con un promedio de 27.3 años de edad en aquellos individuos mayores de 31 años, entre el grupo de población más joven (menores de 23 años de edad), este inicio se está dando en promedio a los 17.8 años. (figura 1)

La forma de administración más utilizada durante el consumo fuerte de la heroína continúa siendo la inyectada (84.5%), seguida de la inhalada (5.1%) y de la fumada (1.0%). La frecuencia de consumo para 75.6% era diariamente, 80% refirieron que la combinan con otras drogas, entre las que destacan la cocaína, la marihuana, las pastillas y el alcohol. Asimismo, 6 de cada 10 reportaron mezclarla con otra droga, generalmente cocaína, en forma del llamado *speed-ball*. (cuadro II)

El tiempo de exposición al que han estado sometidos los UFH varió desde los que la han usado durante menos de tres años (25.4%), hasta aquellos que tienen más de 10 años de exposición a esta sustancia (17.5%). (cuadro II)

En el cuadro II se presenta la información relacionada con los periodos de abstinencia a partir de ser UFH; casi la mitad de ellos (46.5%), reportaron que nunca han tenido periodos de abstinencia ("limpios"). Asimismo, 3 de cada 10 han tenido episodios de sobredosis, y, prácticamente, todos (95.5%) cumplieron con los criterios de dependencia de acuerdo con el DSM-IV, es decir que presentaron tres o más síntomas de dependencia a la heroína.

En cuanto a los problemas de salud asociados con el consumo de la heroína, éstos se clasificaron en enfermedades crónicas e infecciosas; con relación a las primeras, 86.3% de los UFH no reportaron ningún padecimiento; y en cuanto al segundo tipo, 72.9% tampoco lo hizo; esto sugiere que existe poca preocupación por los daños en su salud. También se les preguntó si habían hecho uso de los servicios de atención a la salud, a lo cual 28% respondió haberla solicitado en un servicio de urgencias del sector salud, y 36.5% respon-

Cuadro II
CARACTERÍSTICAS DEL CONSUMO EN USUARIOS FUERTES
DE HEROÍNA DEL PENAL DE CIUDAD JUÁREZ,
CHIHUAHUA, SEGÚN SEXO. MÉXICO, 2000

Variables	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Vía de administración						
Inyectada	232	85.3	14	73.7	246	84.5
Inhalada	11	4.0	4	21.1	15	5.1
Fumada	3	1.1	–	–	3	1.0
NS/NR	26	9.6	1	5.3	27	9.3
Frecuencia de consumo						
Diario	202	74.3	18	94.7	220	75.6
≤ 10 días	22	8.1	1	5.3	23	7.9
11 a 25 días	20	7.4	–	–	20	6.9
NS/NR	28	10.2	–	–	28	9.6
Policonsumo (combinaciones)						
Cocaína	40	14.7	10	52.6	50	17.2
Marihuana	45	16.6	2	10.5	47	16.1
Cocaína y marihuana	48	17.6	2	10.5	50	17.2
Cocaína, marihuana y pastillas	24	8.8	–	–	24	8.2
Alcohol, cocaína y marihuana	11	4.0	–	–	11	3.8
Alcohol, cocaína, marihuana y pastillas	14	5.1	–	–	14	4.8
Otras combinaciones	36	13.2	–	–	36	12.2
No combina la heroína	54	19.9	5	26.3	59	20.3
Mezcla con otras drogas						
Sí	151	55.5	12	63.2	163	56.0
No	118	43.4	7	36.8	125	42.9
NS/NR	3	1.0	–	–	3	1.0
Tiempo de exposición						
Menos de 3 años	68	25.0	6	31.6	74	25.4
3 a 5 años	88	32.3	2	10.5	90	30.9
6 a 10	69	25.4	6	31.6	75	25.8
Más de 11 años	46	16.9	5	26.3	51	17.5
NS/NR	1	0.4	–	–	1	0.4
Cómo consigue la heroína						
Comprada	243	89.3	19	100.0	262	90.0
Regalada	24	8.8	3	15.8	27	9.3
Vende droga	9	3.3	2	10.5	11	3.8
Intercambio por objetos	55	20.2	2	10.5	57	19.6
La llevan los familiares	3	1.1	–	–	3	1.0
Abstinencia						
Ninguna	125	46.0	9	47.4	134	46.0
Una vez	90	33.2	9	47.4	99	34.0
2 a 5	54	19.6	1	5.2	55	18.9
NS/NR	3	1.1	–	–	3	1.0
Sobredosis						
Sí	83	30.5	7	36.8	90	30.9
No	185	68.8	12	63.2	197	67.7
NS/NR	3	1.5	–	–	3	1.4
Dependencia						
Sí	259	95.2	19	100.0	278	95.5
No	13	4.8	–	–	13	4.5

Nota: la suma es mayor de 100% ya que pueden mencionar más de una opción; los porcentajes están calculados con base en las poblaciones de referencia

NS/NR: no sabe/no responde

dió haber estado en tratamiento especializado, durante los últimos cinco años, por el uso de drogas.

Modelo multivariado de las barreras para solicitar tratamiento

Se calcularon las razones de momios (RM) crudas y sus intervalos de confianza de 95% (IC 95%), para las variables independientes de los 291 UFH, las cuales subsecuentemente fueron probadas en el modelo de regresión logística. En el cuadro III, se describen las RM crudas y sus intervalos de confianza, para la comparación entre estas variables, y el no asistir o asistir a tratamiento. Los resultados del análisis entre las variables independientes y el no acudir a tratamiento indican que estuvieron asociados al no acudir a tratamiento los siguientes hechos: la edad actual, los años de escolaridad, la edad de la primera vez cuando se inyectó, la abstinencia, la sobredosis, el número de sobredosis, el disminuir el uso de heroína al menos un mes, las enfermedades crónicas y el solicitar atención a un servicio de urgencias. En cambio, no se encontraron diferencias significativas entre el sexo, la edad de inicio del consumo de la heroína, el tiempo de exposición, la frecuencia mensual de consumo y el uso de la droga en mayor cantidad y tiempo.

Cuando todas las variables independientes se incluyeron en el modelo de regresión logística (cuadro IV) los años de escolaridad, la abstinencia, la sobredosis, las enfermedades crónicas y el tiempo de exposición, resultaron ser factores de riesgo independientes para no acudir a tratamiento.

La búsqueda de tratamiento casi se duplica en sujetos con escolaridad máxima de primaria. Sin embargo, puesto que los intervalos de confianza cruzan a los dos lados del valor de la unidad, puede decirse que tal vez le faltó poder estadístico a esta variable para estar asociada. La prevalencia de no demandar tratamiento en sujetos sin abstinencia es cuatro veces mayor, cuando la comparamos con aquellos que han tenido al menos un periodo de abstinencia. La prevalencia de búsqueda de tratamiento en sujetos que no han tenido episodios de sobredosis es dos veces mayor, comparada con los sujetos que han presentado uno de estos cuadros. La prevalencia de no demandar tratamiento en sujetos que no autorreportaron la presencia de enfermedades crónicas es casi tres veces mayor, cuando la comparamos con aquellos que han tenido autorreporte de éstas. Finalmente, la prevalencia de no demandar tratamiento en sujetos que han estado expuestos a la heroína durante más de cinco años es dos veces mayor, al compararla con sujetos que han estado expuestos a esta droga por menos tiempo.

Cuadro III
VARIABLES PREDICTORAS PARA NO ACUDIR
A TRATAMIENTO ESPECIALIZADO, EN LOS RECLUSOS
DEL PENAL DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA,
MÉXICO, 2000

Variables	%	RM	IC 95%	p
Edad actual				
≤ 26 años	43.1	1.0		
> 26 años	56.7	1.65	1.01-2.69	0.05
Sexo				
Masculino	93.4	1.0		
Femenino	6.6	1.29	0.47-3.49	0.81
Años de escolaridad				
> primaria	39.9	1.0		
≤ primaria	59.8	1.87	1.15-3.04	0.01
Edad de inicio de heroína				
≤ 19 años	50.5	1.0		
> 19 años	48.8	1.53	0.94-2.48	0.08
Tiempo de exposición				
≤ 5 años	56.4	1.0		
> 5 años	43.6	1.22	0.75-1.97	0.46
Primera vez de inyección				
≤ 19 años	47.8	1.0		
> 19 años	44.3	1.63	0.99-2.69	0.05
Frecuencia mensual				
≤ 25 veces	24.1	1.0		
> 25 veces	75.6	1.11	0.63-1.91	0.77
Abstinencia a la heroína				
Al menos una vez		53.6	1.0	
Nunca	46.0	4.83	2.83-8.26	0.00
Sobredosis				
Sí	30.9	1.0		
No	67.7	2.18	1.31-3.63	0.00
Número de sobredosis				
Al menos una vez	31.3	1.0		
Nunca	68.4	2.16	1.30-3.59	0.00
Disminuir el uso de heroína al menos un mes				
Sí	75.0	1.0		
No	23.0	2.71	1.42-5.18	0.00
Uso de heroína en mayor cantidad y tiempo				
Sí	90.0	1.0		
No	7.6	2.82	0.93-8.58	0.06
Enfermedades crónicas				
Al menos una enfermedad	13.7	1.0		
Sin enfermedad	85.9	2.37	1.21-4.66	0.01
Ha estado en un servicio de urgencias				
Sí	28.2	1.0		
No	71.5	2.15	1.28-3.63	0.00

Cuadro IV
PREDICTORES PARA NO ASISTIR A LOS CENTROS DE
TRATAMIENTO ESPECIALIZADOS, EN LOS RECLUSOS DEL
PENAL DE CIUDAD JUÁREZ, CHIHUAHUA, MÉXICO, 2000

Variables	Coefficientes	RM	IC 95%
Años de escolaridad			
> primaria		1.0	
≤ primaria	0.531	1.70	0.97-2.97
Abstinencia a la heroína			
Al menos una vez		1.0	
Nunca	1.445	4.24	2.37-7.56
Sobredosis			
Sí		1.0	
No	0.967	2.63	1.28-4.53
Enfermedades crónicas			
Sí		1.0	
No	0.992	2.70	1.19-5.80
Tiempo de exposición			
≤ 5 años		1.0	
> 5 años	0.799	2.22	1.21-4.07
Constante	-4.781		

Discusión

Las limitaciones respecto de veracidad y de acceso a la información que brindan los usuarios de drogas contemplan principalmente dos aspectos: el uso de drogas es ilegal, y socialmente inaceptable; es por ello relevante establecer desde el inicio del estudio una buena comunicación entre el entrevistado y el entrevistador, para brindar a este último un ambiente de confianza que logre la aceptación del estudio, una mayor disposición de respuestas confiables y, con ello, disminuir en lo posible una fuente potencial de error. Acorde con lo anterior, en nuestro estudio se obtuvo una tasa de respuesta de 95.2%, evidenciando la adecuada aceptación que esta investigación tuvo entre los internos del Cereso; no así en otros estudios como el de Kerber,²¹ en el cual sólo se obtuvo una tasa de respuesta de 74%.

A partir de los resultados de este trabajo se comprueba la existencia del consumo de drogas en el penal, ya que 70% de los internos reportaron el uso alguna vez en la vida de algún tipo de droga; estos resultados son semejantes a los de estudios realizados en los EUA

y España, en donde se encontró una prevalencia de 82 y 56.5%, respectivamente.^{22,23} Estos resultados resaltan que existe un vínculo entre consumo de drogas y actividades delictivas.

Respecto a la prevalencia de consumo de heroína durante los últimos seis meses (26.4%), nuestros hallazgos son semejantes a los de las investigaciones efectuadas por Magis y colaboradores en prisiones de Ciudad Juárez, Chihuahua.¹⁴ Debe resaltarse que aunque las prevalencias reflejan un alto número de internos usuarios de heroína son menores a las encontradas tanto en 1976, por Suárez,²⁴ en el penal de Tijuana, Baja California (49%), como por Magis y colaboradores,¹⁴ en el penal de esta misma ciudad en 2000, así como lo encontrado en España, en donde entre 36.1 y 88.9% de los internos que ingresan a centros penitenciarios tienen a la heroína como su droga de preferencia.²³

Por otro lado, la población se caracterizó por ser joven, de baja escolaridad, soltera y con alguna ocupación dentro del penal. Su inicio para el consumo de heroína se dio en promedio a los 21 años de edad; 82.1% se iniciaron entre los 12 y 25 años de edad, y 94.2% se inició en México en el uso de heroína: el método más común fue la vía intravenosa. Llama la atención la similitud de estos resultados con los de Suárez, entre 1977 y 1978, en la cárcel del estado de Baja California,⁴ en donde reporta los mismos parámetros para la población de internos, con excepción de la prevalencia que, como ya se mencionó, fue menor en nuestro estudio. Una de las explicaciones que podría darse para estas semejanzas entre los dos estudios es que a finales de los setenta se vivía un incremento en el consumo de heroína en la frontera norte de México; es decir, una epidemia de heroína, situación que se está viviendo de nuevo en esta zona del país, según lo muestran las tendencias reportadas por el Sisvea.⁶

En nuestro estudio además de documentar la alta prevalencia del uso de heroína en los últimos seis meses (26.4%) se ha identificado que de los adictos un número considerable puede ser clasificado como usuario con alto consumo de la droga (25.3%), y que 95.5% de la población estudiada fue clasificada, de acuerdo con los criterios del DSM-IV,¹⁹ como dependiente de la heroína, y el resto como que abusa de esta sustancia. También se encontró que el promedio de edad de inicio fuerte de esta sustancia fue a los 21.4 años, siendo casi inmediata al primer inicio de consumo y a la primera vez que se inyectaron, lo cual refleja las propiedades farmacológicas adictivas de la heroína.

Respecto a los efectos del tiempo de exposición a esta droga, era de esperarse que los usuarios reportaran una alta frecuencia de problemas de salud; sin embargo, sólo alrededor de la quinta parte señaló tener algún problema crónico, y 27.1%, problemas de tipo

infeccioso, lo cual puede estar subestimado, en función de la percepción que ellos tengan de su estado de salud o por un diagnóstico médico previo. Además, como ya se ha mencionado por otros estudios, los usuarios de drogas difieren el buscar tratamiento o atención médica hasta que el problema se vuelve irremediable. La subutilización de servicios de salud, tanto en el nivel preventivo como en el de tratamiento, puede sólo exacerbar sus necesidades de salud y aumentar el uso inapropiado de servicios de urgencias, para tratar con problemas que pudieron haber sido prevenidos o detectados, y tratados luego de un diagnóstico oportuno. Además, esta práctica coloca a los usuarios en una situación de mayor riesgo para adquirir enfermedades infecciosas, entre éstas el VIH, la hepatitis y otras, como lo menciona el reporte del Servicio Penitenciario Bonaerense, en el cual, de 40 internos estudiados con SIDA, 62% tenían antecedentes de uso de drogas intravenosas.²⁵

Lo anterior nos indica que el acceso a tratamiento es relevante si se considera la asociación entre actividades criminales y el abuso de las drogas. Los internos que las consumen tienden a venderlas, a cometer robos en casas, o a involucrarse en crímenes violentos. Como lo menciona Kerber²¹ en su estudio de internos de la cárcel del estado de Texas, en los EUA, al preguntarles a los presos cuál era el motivo principal por el que regresaron a prisión, 30% respondió que fue debido al uso de drogas. Los internos adictos no sólo tienen necesidad de recibir tratamiento por el uso de drogas, sino que deberían beneficiarse de otros programas que estén integrados y que les resuelvan problemas que son prevalentes entre ellos, como la victimización y la estigmatización que han sufrido por su consumo, las enfermedades mentales, el abuso y el maltrato en su infancia. Debe atenderse en ellos el manejo adecuado de los riesgos por el consumo intravenoso de drogas, así como por sus prácticas sexuales, que los coloca en mayor riesgo de contraer infecciones de transmisión sanguínea y sexual. Lo anterior coincide con lo observado por Arroyo y colaboradores en su experiencia en el Centro Penitenciario de Brians, en Barcelona.²⁶

La baja prevalencia de los internos que han estado en tratamiento (36%) en nuestro estudio es contraria a lo que se debería esperar con una población en donde 95% de los entrevistados fueron dependientes de la heroína. Por ello, era importante identificar posibles barreras que les impidieran solicitar tratamiento. Otros estudios como los de Penchansky y Thomas (1981),²⁷ McCoy y colaboradores (2001)²⁸ y Ortiz y colaboradores (1997)²⁹—este último en nuestro país—, han identificado la estigmatización y la marginación entre los principales motivos para no acudir a tratamiento. El estigma se traslada al ámbito social de la comuni-

dad donde viven y la que, cuando ellos han decidido tratarse por su adicción, no deja de verlos como viciosos, lo cual dificulta su rehabilitación e inserción social. Sin embargo, observamos otro tipo de variables que impiden que estos usuarios lleguen a tratamiento. Entre éstas la baja escolaridad, nunca haber tenido periodos de abstinencia, no haber sufrido episodios de sobredosis, no presentar enfermedades de tipo crónico y tener más de cinco años de estar expuesto a la heroína.

Esta información es importante para integrar el conocimiento existente y dar respuesta efectiva a las necesidades de los UFH. El momento de crisis que viven por el encierro podría facilitar su convencimiento para que iniciaran un tratamiento de rehabilitación por su consumo de drogas, tomando como base algunos otros aspectos propios de la adicción (como los mencionados en el modelo de la regresión logística), y no sólo la estigmatización y otras barreras que clásicamente se han estudiado hasta el momento o la perspectiva jurídica, sino la de salud integral.

Referencias

1. Medina-Mora ME, Natera G, Borges G, Cravioto P, Fleiz C, Tapia-Conyer R. Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental* 2001;24(4):3-19.
2. Unikel C, Gutiérrez R, Ortiz A. Consumo de heroína y otros opiáceos en México. *Adicciones* 1997;9(1):37-48.
3. Suárez JE. La penitenciaría del estado de Baja California, México: ¿una comunidad cerrada? En: Cabrera JA, Zapata R, Wagner F, Ortiz R, Santos J, comp. *Heroína*. México, DF: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Centros de Integración Juvenil, 1989:91-99.
4. Suárez JE. Farmacodependencia a heroína. Estudio en una comunidad cerrada: la penitenciaría del estado de Baja California, México: ¿una comunidad cerrada? En: Cabrera JA, Zapata R, Wagner F, Ortiz R, Santos J, comp. *Heroína*. México, DF: Consejo Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud, Centros de Integración Juvenil, 1989:101-111.
5. Tapia-Conyer R, Kuri P, Cravioto P, Fernández B. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2000. México DF: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2000. Disponible en: <http://www.epi.org.mx/sis/descrip.htm>.
6. Tapia-Conyer R, Kuri P, Cravioto P, Fernández B. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2001. México DF: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2001. Disponible en: <http://www.epi.org.mx/sis/descrip.htm>.
7. Chitwood DD, Sánchez J, Comerford M, McCoy CB. Primary preventive health care among injection drug users, other sustained drug users, and non-users. *Subst Use Misuse* 2001;36(6-7):807-824.
8. Bravo-Portela MJ, Ortiz-Castro A, Galván-Reyes J, Barrio-Anta G, De la Fuente de Hoz L. ¿Estamos estudiando adecuadamente las prácticas de inyección de drogas que implican riesgo de transmisión de enfermedades por vía parenteral? *Rev Esp Salud Publica* 1998;72(4):289-301. Disponible en: <http://www.msc.es/revistas/resp/199804/colaboracion.htm>.
9. Des Jarlais DC, Friedman SR, Sothoran JL, Wenston J, Marmor M, Yancovitz SR et al. Continuity and change within an HIV epidemic: Injecting drug users in New York City, 1984 through 1992. *JAMA* 1994;271(2):121-127.
10. Des Jarlais DC, Perlis T, Friedman SR, Deren S, Chapman T, Sothoran JL et al. Declining seroprevalence in a very large HIV epidemic: Injecting drug users in New York City, 1991 to 1996. *Am J Public Health* 1998;88(12):1801-1806.
11. Hanson GR. NIDA research advances global efforts to prevent and treat AIDS. National Institute on Drug Abuse. NIDA NOTES 2002;17(1):3-4.
12. ONUSIDA/OMS. Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA. 2002; Ginebra: ONUSIDA/OMS, ONUSIDA/02.265, Versión española: 2002:36-37.
13. Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Rivera P. El SIDA en México en el año 2000. En: Uribe P, Magis C, ed. *La respuesta Mexicana al SIDA: mejores prácticas*. México, D.F.: Secretaría de Salud, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, 2000:13-22.
14. Magis-Rodríguez C, Ruiz-Badillo A, Ortiz-Mondragón R, Lozada R, Ramos ME, Ramos R et al. Uso de drogas inyectables y VIH/SIDA en dos cárceles de la frontera norte de México. Ponencia presentada en la Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/SIDA y ETS; 2000 noviembre 6 al 11; Sao Paulo, Brasil.
15. Fries JF, Koop E, Beadle CE. Reducing health care cost by reducing the need and demand for medical services. *N Eng J Med* 1993;39:321-325.
16. Medina-Mora ME, Cravioto P, Villatoro J, De la Rosa B, Rojas E, Galván F et al. Estudios en población general: encuestas de hogares, población entre 18 y 65 años. En: Secretaría de Salud. *Observatorio Epidemiológico en Drogas. El fenómeno de las adicciones en México 2001*. México, DF: SSA, 2001:9-11.
17. Cochran WG. *Técnicas de muestreo*. 14ª. ed. México, DF: Editorial Continental, 1998:41-78.
18. Simeone R, Rhodes W, Hunt D, Truitt L. A plan for estimating the number of "hardcore" drug users in the United States. *Int J Addiction* 1995;30(6):637-655.
19. Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV*. 2ª. ed. Barcelona, España: Editorial Masson, 1996:181-278.
20. Mooney C, Duval RD. Bootstrapping. A nonparametric approach to statistical inference. California (CA): SAGE Publications, 1993:42-55.
21. Kerber L. Substance use among male state jail inmates. Austin (TX): Texas Department of Criminal Justice-State-Jail Division, Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse, 1998:8-18.
22. US Department of Justice Programs. Drug use, testing and treatment in jails. Bureau of Justice Statistics. Washington, DC: US Department of Justice Programs, May 2000. Disponible en: <http://www.ojp.usdoj.gov/bjs/pub/ascii/duttj.txt>.
23. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 3 sobre población penitenciaria: indicadores de prisiones. España, 1999. Disponible en: <http://www.mir.es/pnd/observa/html/penint.htm>.
24. Suárez JE. Análisis de 800 casos de farmacodependencia a heroína. México, DF: Secretaría de Salud, Consejo Nacional contra las Adicciones, Centros de Integración Juvenil, 1989:123-137.
25. González-Ibañez A. El SIDA en las cárceles. Servicio Penitenciario Bonaerense. Argentina. SIDANews-VIH, Mayo 2000. Disponible en: <http://www.virtualizar.com/sidanews/va044.html>.
26. Arroyo A, Marrón T, Coronas D, Leal MJ, Solé C, Laliaga A. Programa de mantenimiento con metadona (PMM) en prisión: cambios sociales y sanitarios. *Adicciones* 2000;12(2):187-194.
27. Penchansky R, Thomas JW. The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care* 1981;19(2):127-140.
28. McCoy CB, Metsch LR, Chitwood D, Miles C. Drug use and barriers to use of health care services. *Subst Use Misuse* 2001;36(6-7):789-806.
29. 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* 1997;20(Suppl):8-14.