

Características del consumo de heroína y otros opiáceos en México

Guillermina Natera*

Arturo Ortiz*

Margarita Casco*

Jazmín Mora*

Summary

Incidence and prevalence of heroin and other opiates consumption is nowadays very reduced in Mexico; however, its use, as well as its illicit trade, have represented a priority problem within the interamerican context.

The present work reports the results of investigations carried out in Mexico about heroin and other opiates use, including its history.

In general, results suggest that the problem in Mexico is potential. To this date, most risky regions have been located in the North and Central zones of the Republic, and mainly in the Federal District.

The latest records are beginning to show young men as heroin users; for this reason we consider that epidemiological vigilance through the Report System requires more support in order to enlarge its coverage to the different States of the Republic, specially the North border and the touristic zones.

Resumen

La incidencia y prevalencia del consumo de heroína y otros opiáceos aún es incipiente en México; sin embargo, en la actualidad, tanto su uso como su comercio ilícito ha representado en el plano interamericano una problemática prioritaria.

En el presente trabajo se reportan los resultados de las investigaciones y la historia en México del uso de heroína y otros opiáceos entre 1975 y 1989.

En general, los resultados sugieren que el problema en México es potencial. A la fecha se han localizado como regiones de más alto riesgo, el norte, el centro de la República y, principalmente, el D. F.

En los últimos registros ya empiezan a aparecer los hombres jóvenes como usuarios de heroína, por lo que se considera que la vigilancia epidemiológica por medio del Sistema de Reporte requiere de mayor apoyo para ampliar su cobertura a los diferentes estados de la República, principalmente a la frontera norte y a las zonas turísticas.

Introducción

Dentro de la problemática del consumo de drogas, el nivel del consumo de heroína y otros opiáceos en nuestro país es aparentemente bajo. Sin embargo, la investigación disponible sugiere que puede ser más alto que el registrado.

En este trabajo se presenta una revisión sobre las características generales de la heroína y otros opiáceos, en particular sobre su historia en México y los resultados más relevantes de las investigaciones que se han realizado en nuestro país.

Datos históricos de la aparición y distribución de la heroína y del opio en México.¹

A finales del siglo XIX, Estados Unidos cierra las puertas a los inmigrantes chinos, por lo que éstos empiezan a llegar a diferentes estados de la República, principalmente a los del norte. En esta misma época aparecen las primeras referencias sobre el consumo de opio en nuestro país. El primer informe en esta comunidad es de 1912, en la Ciudad de México: un grupo de la comunidad china solicita al Consejo Superior de Salubridad que no se les moleste por fumar opio, argumentando que "si lo llegan a fumar es porque desde su tierna edad lo acostumbran y ya con el tiempo puede decirse que es una medicina para ellos, como es medicina para muchas enfermedades cuando lo ocupa la ciencia médica" (1).

En ese mismo documento se calcula que la República Mexicana recibía cerca de un millón de pesos anuales por las contribuciones provenientes de la introducción de opio al país, sólo que la misma comunidad china pide se "les conceda una licencia para establecer una casa especial para hacer dicha venta" (1).

En 1913 hubo abundante correspondencia entre el gobierno mexicano y el inglés para obtener permisos de importación de opio, a fin de regular esta actividad. Sin embargo, no se determinó la cantidad permitida.

Ante esta confusión, la Oficina de Correos señaló ese mismo año, que estaban en su poder "bultos postales, procedentes del exterior, que contienen opio, manifestándose en las declaraciones de dichos bultos con el nombre de drogas". El Código Postal Mexicano prohíbe la circulación por correo de sustancias venenosas, por lo que se dejaron de entregar algunos bultos que contenían opio, a pesar de las peticiones de los

* Instituto Mexicano de Psiquiatría, Calz. México-Xochimilco No. 101, Col. San Lorenzo Huipulco, 14370 México, D. F.

1. Las características de los opiáceos, sus antecedentes históricos, en general, y de tratamiento, pueden consultarse en el documento que se anexa.

destinatarios, quienes argumentaban que el opio que importaban era para "usos medicinales". Este documento señalaba que se introducía al país una importante cantidad de opio, aunque se carecía de un control legal para su manejo.

En 1914 se prohibió la introducción al país de opio para fumar, y de sus preparados, por ser productos nocivos a la salud comprendidos en el artículo 50 del Código Sanitario, acatando, además, las disposiciones de la Segunda Convención Internacional del Opio, celebrada en La Habana en julio del mismo año. Se restringió también la importación de opio, de sus derivados alcaloides, de las sales de esos alcaloides, de cocaína y de todos los productos preparados con estas sustancias. Únicamente se permitía para usos médicos, previa licencia de la Secretaría de Hacienda otorgada a los responsables de los establecimientos autorizados para ese comercio.

Como referencias de las actividades realizadas por los chinos respecto a la distribución y consumo de opio en nuestro país, los archivos de la Secretaría de Salud de aquella época reportaron lo siguiente:

— Entre 1920 y 1925 apareció una serie de reglamentaciones en relación con la importación, el comercio y el cultivo de narcóticos.

— En 1925 se descubrieron dos sembradíos de amapola en Sonora y Mazatlán, y un plantío de adormideras en Acaponeta (Nayarit), propiedad de un individuo de nacionalidad china.

— En 1928 se informó de la posible llegada a Tamaulipas de un barco procedente de un país europeo, que traía una gran cantidad de opio escondida en un cargamento de queso. En ese mismo año se descubre un fumadero de opio en el Estado de Coahuila, y se arresta a tres hombres de nacionalidad china. En Temeichic, Chihuahua, se descubrió un plantío de adormidera en 10 hectáreas de tierra en las que sembraban amapola que producía opio.

— Entre 1929 y 1930 hubo una serie de denuncias en contra de 4 personas, por comercio ilícito de drogas; se les acusaba de tráfico ilegal de medicamentos utilizando el correo.

— En 1931 se reportaron tres denuncias, una en contra de un funcionario de salud que favorecía este tipo de actividades, otra en relación con el tráfico de drogas, en Cuernavaca, y una más que denunciaba el mal estado del Puerto de Mazatlán a consecuencia del tráfico de drogas. También se elaboraron investigaciones sobre el tráfico de drogas en Mexicali, B. C.; en Ciudad Juárez, Chihuahua; en Torreón, Coahuila; y en Durango; otras en el Puerto de Veracruz y, finalmente, en Tijuana, Baja California Norte.

Asimismo, se reportó la llegada de dos barcos: uno de ellos, que intentaba desembarcar en Bahía Tortuga, Baja California, con ciento treinta chinos detenidos y esclavas chinas, que traían consigo diez mil latas de opio; y el otro, que intentaba desembarcar en Tamaulipas, en el que venía una extranjera que trataba de introducir droga al país (1).

En 1932 se denunció a los chinos y se inició una verdadera "campaña antichina". Entre 1931 y 1935 continuaron los esfuerzos por lograr una reglamentación de la toxicomanía.

Desde entonces hasta la fecha, México ha estado presente en los acuerdos internacionales para la fiscalización de los estupefacientes y de las sustancias psicotrópicas.

Resultados de las investigaciones en México

Los resultados que se presentan a continuación se derivan de la información comprendida en cuatro áreas de investigación: a) Encuesta de hogares, b) Encuesta de escuelas, c) Estudios especiales, d) Sistema de Reporte e Información en Drogas (SRID).

a) Encuestas de hogares (cuadro 1)

En México, la investigación epidemiológica de la farmacodependencia se inicia en forma sistematizada a partir de los años 70. Se ha empleado el método de encuestas en hogares mediante un diseño polietápico estratificado, con sujetos mayores de 14 años de edad en población general.

Los resultados muestran que se consume heroína en La Paz (0.4%); en el Distrito Federal (0.1%); y en Mexicali (0.02%). También se consumen otros opiáceos en la categoría de "alguna vez en la vida", tales como la codeína o el darvón, en La Paz, B. C. (8.9%); en San Luis Potosí (3.4%); en Mexicali, B. C. (1.2%); en el Distrito Federal (4.8%) y en Puebla (4.5%). En estas dos últimas ciudades se encontró que las mujeres eran las principales usuarias, principalmente en el grupo de 18 a 24 años, y en el de 14 a 17 años, lo que indica una gran liberalidad para consumir drogas con y sin prescripción médica. Respecto a los datos obtenidos en el estudio del estado de Michoacán (1986), no se detectó que se consumiera heroína ni otros opiáceos (17, 20, 24, 29).

Los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (1989) indicaron que el consumo de analgésicos narcóticos y de heroína fue de 0.1% en ambos casos; esta última la empezaron a usar entre los 18 y los 25 años de edad. Un 69% reportó que son los amigos o conocidos los que les proporcionaron la heroína (21). La casa (66.1%) fue el principal lugar en el que la obtuvieron por primera vez. En el Distrito Federal, el uso de analgésicos narcóticos disminuyó de 1.5% en 1974, a 0.09% en 1988. Según datos de la ENA, de las 30,000 personas que han usado heroína, 29,000 son hombres menores de 35 años; de ellos, 16,000 han sido consumidores activos durante el último año (23).

Recientemente se llevó a cabo un estudio en Tamaulipas, que abarcó siete ciudades (Nuevo Laredo, Reynosa, Río Bravo, Matamoros, Victoria, el Mante y Tampico), con el método de encuestas de hogares. Los datos reportados respecto al consumo de heroína, al igual que al de cocaína y al de alucinógenos, se integraron bajo una misma categoría debido al bajo nivel de consumo de este tipo de drogas, que osciló entre 0.1% y 0.5% (30).

b) Encuestas de escuelas (cuadro 2)

Estos estudios se hicieron en poblaciones estudiantiles de enseñanza media y media superior. Se usó un

CUADRO 1
Consumo de heroína y otros opiáceos en población de 14 años en adelante.
Encuestas de hogares

<i>Autor/año</i>	<i>Cobertura</i>	<i>Consumo de heroína Alguna vez en la vida</i>	<i>Alguna vez en la vida</i>	<i>Otros opiáceos Ultimo mes</i>	<i>Ultimos 6 meses</i>	<i>Inhalables Alguna vez en la vida</i>	<i>Mariguana Alguna vez en la vida</i>
Medina Mora, M.E. (1974)	Distrito Federal* (N = 823)	0.1%	4.8%	—	—	4.8%	1.3%
De la Parra, A. (1975)	San Luis Potosi* (N = 624)	—	3.4%	1.5%	1.5%	2.2%	2.2%
Natera, G. (1975)	Monterrey, N.L.* (N = 800)	—	.19%	—	—	1.2%	1.6%
Medina Mora, M.E. (1975)	La Paz, B.C.* (N = 444)	0.4%	8.9	—	—	0.7%	4.9%
De la Parra, A. (1976)	Puebla, Pue.* (N = 666)	—	4.5%	1.5%	1.5%	0.5%	0.3%
Terroba, G. (1978)	Mexicalli, B.C.* (N = 684)	0.02%	1.2%	0.01%	0.02%	0.7%	6.6%
Medina Mora, M.E. (1986)	Morelia, Mich.* (N = 1,381)	—	—	—	—	0.8%	1.2%
Medina Mora, M.E. (1989)	Encuesta Nacional de Adicciones (N = 1,713,000)	0.11%	0.11%	—	—	0.76%	2.99%

* Diseño de Investigación Polietápico Estratificado

diseño bietápico estratificado, cuyos resultados reflejan una prevalencia relativa del consumo de drogas a nivel nacional, regional y estatal.

En 1976 se reportó a nivel nacional un consumo de heroína de 0.23%; en 1986 el consumo fue de 0.5%, y en 1989, fue de 0.36% (12). Durante 1976 el mayor consumo de heroína ocurrió en la región del centro (0.4%) y en 1986 el mayor consumo fue en la región del norte del país (0.54%).

En 1976, el consumo de otros opiáceos fue de 0.51% y en 1986 de 0.70%.

En 1978 no se reportó en la Ciudad de México ningún consumo de derivados del opio en la población escolar de 14 a 18 años de edad, pero en 1980 se encontró un 1.6%. El consumo de heroína fue de 0.29% en 1978 y de 0.3% en 1980 (3, 4).

En 1985, el consumo que se detectó en la educación media superior, en la Ciudad de México, fue de 0.5% de heroína y de 0.13% de otros opiáceos (2, 5, 6, 7, 11). Los principales problemas de los usuarios de heroína se relacionan con la policía, y en ambos casos, con el deseo de dejar de consumir drogas (23.1%) (12).

Por otra parte, en 1981, los Centros de Integración Juvenil realizaron un estudio de consumo de drogas en las escuelas de nivel medio, medio superior y profesional, que se ubicaban en la zona de influencia de los Centros ubicados tanto en la provincia como en el Distrito Federal. Se encontró que el consumo de heroína era de .55%, del cual el 83.3% correspondió al sexo masculino y el 16.6% al femenino (9). Como se aprecia, no se registran variaciones significativas en el consumo de heroína en los estudiantes desde 1976.

Los estudios recientes en la población escolar (15, 19), indican que el consumo de drogas, en general, se mantiene constante, y el de heroína y otros opiáceos es muy bajo al compararlos con los inhalantes y la mariguana. Sin embargo, hay el riesgo de que el consumo aumente como sugieren los resultados de las investigaciones hechas con metodologías de estudios de casos, las cuales se describen a continuación.

c) Estudios especiales (cuadros 4 y 5)

i) Entre 1975 y 1979 se clasificaron las pruebas toxicológicas de las drogas decomisadas en 18 ciudades de la República. Entre los resultados más relevantes se encontró que los derivados del opio (naturales, sintéticos y semisintéticos) habían ocupado el segundo lugar como la droga más usada después de la *cannabis* (15).

ii) De 1976 a 1980 (n = 26738), se detectó en los hospitales y salas de emergencia de la Ciudad de México un 0.17% de usuarios de narcóticos (14).

iii) En una comunidad del sur de la Ciudad de México se aplicó el Método de Búsqueda Intensiva de Casos (BIC) (1979), simultáneamente con el Método de Encuestas de Hogares en la población mayor de 12 años. El BIC consiste en que el investigador detecte y se integre a los grupos de usuarios en una comunidad de alto riesgo, participando en sus actividades para conocer la subcultura, los patrones de consumo, etc. Los resultados indicaron que el consumo de "alguna vez en la vida" de heroína fue de 3.2% en la población flotante de alto riesgo, mientras que en las Encuestas de Hogares no se detectó ningún consumo. En con-

CUADRO 2
Consumo de heroína y opiáceos en población de 14 a 20 años.
Encuestas de escuelas

Autor/año	Cobertura	Consumo de heroína			Otros opiáceos			Mariguana Alguna vez en la vida	Inhalables Alguna vez en la vida
		Alguna vez	Ultimo mes	Ultimos 6 meses	Alguna vez	Ultimo mes	Ultimos 6 meses		
Chao, Z. 1976	República Mexicana* (N = 9,900)	0.23%	—	0.01% Ocasional 0.04% Frecuente	0.5%	—	0.07% Ocasional 0.03% Frecuente	1.6%	0.85%
Castro, M.E. 1975	Cuernavaca, Mor.* (N = 483)	—	—	— No se reporta Ultimo lugar en disponibilidad	0.2%	0.0%	— Penúltimo lugar	3.8%	5.4%
Castro, M.E. 1978	Distrito Federal y Area metropolitana* (N = 4,059)	0.29%	58.3%	—	0.0%	35.1%	—	3.8%	5.4%
Castro, M.E. 1980	Distrito Federal y Area metropolitana* (N = 3,408)	0.3%	81.8%	— x de hombres = 1.6% x de mujeres = 1.6%	1.6%	70.0%	—	5.8%	3.9%
Castro, M.E. 1983	UNAM Distrito Federal** (N = 1,793)	3.0% 0.2%	—	—	11.0% 0.6%	—	—	14.9%	3.5%
Castro, M.E. 1985	Area metropolitana Colegio de Bachilleres*** (N = 778)	0.5%	0.6%	—	0.13% Masculino = 86% Femenino = 14% Problemas asociados: — arrestos = 75% — preocupación de los padres = 25%	0.4%	—	5.8%	3.9%
Castro, M.E. 1986	República Mexicana* (N = 9,967)	0.5% R.N. = 54% R.C. = 0.5% R.S. = 0.0%	0.66%	—	0.70% R.N. = 11% R.C. = .26% R.S. = .0%	0.70%	—	3.2%	4.4%
De la Serna, J. y Cols. 1989	Distrito Federal y Area metropolitana (N = 3,600)	0.3%	Ultimos 20 días 0.11%	—	—	—	—	4.0%	4.7%

* Diseño de Investigación Bietápico Estratificado.

** Diseño de Investigación Bietápico y por Conglomerados.

*** Diseño de Investigación Expostfacto.

traste, con el Método de Hogares se identificó un consumo de otros opiáceos, de 10.3%, y por el método de Búsqueda Intensiva de Casos no se obtuvo ningún registro (17, 18).

iv) De los pacientes atendidos en los centros de tratamiento, entre 1970 y 1976, en toda la República Mexicana (25), el 4.0% reportó consumir heroína, de los cuales el 97% empezó a consumirla entre los 18 y los 20 años de edad. El consumo de otros opiáceos fue de 3.0% y de éste, el 59% empezó a consumirla a los 17 años de edad.

Los registros de pacientes atendidos a partir de 1978, reportaron, para ese año, un 7.1% de usuarios de heroína, notándose un decremento progresivo para 1979 (4.1%), 1980 (2.6%) y 1981 (2.2%), pero en 1982 y 1983 aumentó el porcentaje a 3.5% y a 5.0%, respectivamente (9).

En otro estudio hecho en 1980 en la población cautiva de 12 Centros de Readaptación Social de 12 estados de la República Mexicana, se encontró que el 10% consumía heroína, de los cuales el Centro de Tijuana

registró el consumo más alto (22.7%), siguiéndole Culiacán (13.2%), Piedras Negras y Ciudad Juárez (7.6%), y finalmente La Paz (7.3%). En el centro de la República el consumo varió de 4.8% a 4.0%. No se encontraron casos de consumo de heroína en Acapulco, Pachuca ni Puebla (9).

En 1977 se hizo un estudio en la penitenciaría del Estado de Baja California, en 50 usuarios de heroína del sexo masculino. Estos usuarios ya habían consumido otras drogas en su juventud: el 70% empezó a consumir heroína dentro del reclusorio; el 85% provenía de familias desintegradas y el nivel promedio de escolaridad era de 7 años (9).

En otro estudio de 51 usuarios, realizado en 1983 en los centros de tratamiento, se encontró que el 94.1% era de sexo masculino, que habían usado drogas un promedio de 5 años, y que el margen de edad de mayor consumo fue entre los 21 y los 30 años. En 1984 se hizo un tercer estudio con 108 usuarios que asistieron a los CIJ, y se encontró que el 85% era del sexo masculino, y su edad promedio era de 29 años.

CUADRO 3
Estudios especiales

Autor	Cobertura	Diseño	Heroína		Otros opiáceos		Marihuana	Inhalables
			Alguna vez	Ultimo mes	Alguna vez	Ultimo mes		
Natera, G. 1976	Centros de tratamiento República Mexicana (N = 6,925)	Estudios de casos 1970-1976	4.0%	2.7%	3.0% 1.7%	— 59% inició a los 17 años	77.0%	6.0%
			97% inició entre los 18-20 años Masculino = 86% Femenino = 14% x de escolaridad = 12 años		Masculino = 91% Femenino = 9% x de escolaridad = 10 años			
Medina Mora, M.E. 1979	Distrito Federal Población flotante (N = 62)	Busqueda intensiva de casos	3.2%	.0%	—	—	92.5%	30.6%
Medina Mora, M.E. 1979	Distrito Federal Comunidad suburbana (N = 97)	Encuesta de hogares	—	—	10.3%	.0%	7.2%	3.1%
Investigaciones básicas 1975-1979	Centros de tratamiento nivel nacional (N = 5,395)	Exámenes toxicológicos	.5%	—	6.9%	—	4068 casos	—
			29 casos		376 casos Incluye morfina			
Investigaciones básicas IMP - 1980	Centros de tratamiento de 18 ciudades de la República Mexicana (N = 817)	Exámenes toxicológicos	10.5%	—	45.26%	—	44.0%	—
			86 casos		370 casos			
Investigaciones básicas IMP - 1981	Centros de tratamiento de 18 ciudades de la República Mexicana (N = 3,434)	Exámenes toxicológicos	0.5%	—	35.14%	—	64.3%	—
			16 casos		1,207 casos			
Investigaciones básicas IMP - 1976-1989	Sala de urgencias del Valle de México (N = 26,738)	Estudio de casos	—	—	0.14%	—	0.17%	0.91%
					38 casos			
Investigaciones básicas IMP - 1976-1979	Hospitales del D.F. (N = 5,889)	Estudio de casos	—	—	2.03%	—	1.03%	3.1%
					120 casos			
Schnaas, L. 1976	Distrito Federal Grupo de riesgo en cárceles	Estudio de casos	—	93.0%	5.0%	—	93.0%	—
					Uso diario			

Los que se habían iniciado en la farmacodependencia con heroína, por lo general continuaban consumiendo sólo heroína; mientras que los que se habían iniciado con otras drogas, continuaban usando varias. El máximo consumo de droga fue de 5 g diarios, con un promedio de consumo de 1 g (10, 13).

Como se observa en este tipo de estudios de casos, las cifras de consumo son mayores que lo reportado en los estudios en población general o en escuelas. Como resultado de estos estudios específicos se han identificado variables que influyen en el origen y mantenimiento de la adicción, como son: la privación afectiva, el uso de otras drogas o alcohol por parte de los padres o hermanos, falta de alternativas en el uso del tiempo libre, y marginalidad social y económica.

d) Sistema de Reporte e Información en Drogas (SRID)

El SRID tiene como objetivo evaluar las tendencias de consumo de las diferentes drogas y ha conformado una de las más importantes acciones de vigilancia epidemiológica en México. La información se consigue mediante una cédula que se aplica a todos los casos que hayan consumido alguna droga "alguna vez en la vida" y que hayan sido captados por instituciones de los sistemas de Salud y de Justicia durante los meses de junio a noviembre de 1986 a la fecha (27, 28).

La información obtenida es procesada, analizada y puesta a disposición de las mismas instituciones y autoridades responsables de la toma de decisiones.

CUADRO 4
Perfil sociodemográfico y patrones de consumo del usuario de heroína

Año de evaluación	Sexo	Edad	Nivel socio-económico	Alguna vez	Uso Ultimo año	Ultimo mes	Edad de inicio	Año de inicio	Tipo de usuario	Motivo de ingreso	Problema más importante
1986 - I a. N = 608 n = 3	Masc. 100%	25 y más 100%	—	0.5%	—	0.1%	25-29 33% 30 o + 66%	80-86 100%	—	—	—
1987 - I 2a. N = 301 n = 4	Masc. 75% Fem. 25%	15-24 50% 30 o más 50%	Alto 25% Medio 50% Bajo 25%	1.3%	1.0%	0.7%	20-24 33% 25-29 66%	80-86 100%	Exp. 50% Leve 50%	Trata- miento 100%	De salud, legal, familiar 33% c/u
1987 - II 3a. N = 411 n = 2	Masc. 100%	15-24 100%	Medio 100%	0.5%	0.2%	1.0%	15-19 50% 20-24 50%	82-84 50% 85-87 50%	Exp. 50% Mod. 50%	Trat. 25% Intox. 25% Robo 25%	Legal 100%
1988 - I* 4a. N = 398 n = 4	Masc. 100%	15-19 75%	Bajo 50% Medio 50%	1.0%	0.8%	—	25-29 100%	82-84 50% 85-87 50%	Exp. 16.7% Leve 16.7% Mod. 66.7%	Padec. or- gánicos 100%	Familiar 66.7%
1989 - I 6a. N = 296 n = 2	Masc. 100%	20-24 50% 25-29 50%	Bajo 100%	0.7%	—	—	20-24 100%	79-81 100%	—	Padec. or- gánicos 50% Robo 50%	—
1989 - II 7a. N = 303 n = 3	Masc. 66.7% Fem. 33.3%		Medio 100%	1.0%	0.7%	0.7%	15-19 33% 20-24 66%	82-89 100%	Exp. 33% Alto 33% no esp. 33%	Padec. or- gánicos 66% Trat. 33%	Salud, familiar 50% c/u

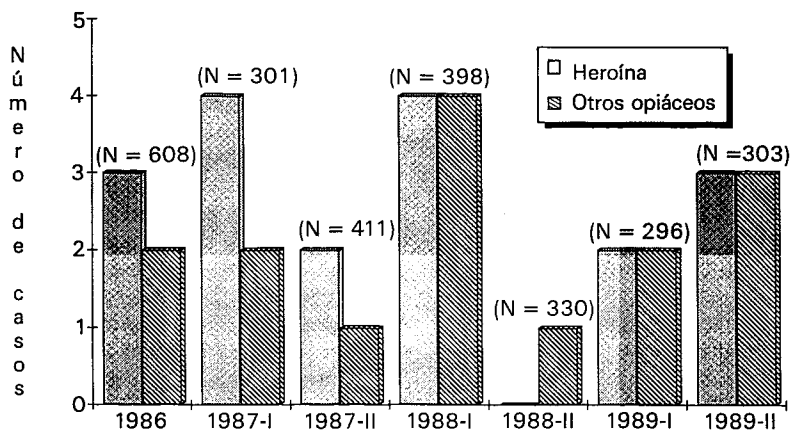
* En la quinta evaluación, correspondiente al segundo semestre de 1988 no se reportan usuarios (N = 330).

FUENTE: Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1991.

Se presentan los resultados de 7 evaluaciones realizadas por el SRID, en población general del área Metropolitana de la Ciudad de México, en el periodo comprendido entre 1986 y 1989; incluyen 57 casos estudiados en 53 instituciones participantes: se

encontraron 18 casos de consumo de heroína y 15 casos de consumo de otros opiáceos (gráfica 1). Las tendencias que se encontraron del consumo de heroína fueron:

GRAFICA 1
Casos de uso de heroína y otros opiáceos



El perfil sociodemográfico típico del usuario de heroína es el siguiente: hombres mayores de 20 años, solteros, de nivel socioeconómico medio. La escolaridad y ocupación presentaron grandes fluctuaciones en las diferentes aplicaciones; por esta razón no se incluyen en el cuadro (cuadro 4).

El consumo se inició principalmente después de los 20 años; el patrón de consumo tiende a ser experimental, leve o moderado.

Los usuarios de heroína reportaron principalmente haber tenido problemas legales y familiares.

Respecto al consumo de otros opiáceos, las tendencias indicaron que los usuarios eran de sexo masculino, mayores de 15 años y solteros; la escolaridad y la ocupación presentaron amplias variaciones y el nivel socioeconómico tendió a ser medio bajo (cuadro 5). La edad a la que empezaron a consumir opiáceos fue de 15 años en adelante, y el consumo fue de tipo experimental. Estos usuarios percibieron que sus problemas más importantes eran de salud, familiares y legales.

Se encontró también mayor tendencia a usar heroína en las mujeres, y un ligero incremento en el uso de esta droga en el "último mes".

También se aplicó el SRID en un hospital de psiquiatría de Hermosillo, Son., en el primer semestre de 1988. Se encontró que el 18.9% de los casos de primer ingreso había usado heroína alguna vez en la vida. En contraste, los resultados de los estudios en la ciudad de México indicaron que sólo 0.5% de los casos la habían consumido. Si bien estos datos no son exactamente equivalentes, sí se han considerado como indicadores de las diferentes tendencias que sigue el consumo de heroína en ambas ciudades (cuadro 6).

Al comparar el número de drogas empleadas por los usuarios, se encontró que en el Distrito Federal el promedio es de 1.5, mientras que en Hermosillo es de 4.3, lo que indicó una marcada tendencia al poliuso en esta última entidad.

Aspectos de esta subcultura

El adicto a los narcóticos pertenece a un grupo de usuarios que tiene una subcultura propia. Entre las características básicas de esta subcultura, destaca la

CUADRO 5
Perfil sociodemográfico y patrones de consumo del usuario de otros opiáceos

Año de evaluación	Sexo	Edad	Nivel socio-económico	Alguna vez	Uso Ultimo año	Ultimo mes	Año de inicio	Tipo de usuario	Motivo de ingreso	Problema más importante
1986 - I 1a. N = 608 n = 2	Masc. 100%	15-19 50% 30 o más 50%	—	0.6%	—	0.6%	80-86 100%	—	—	—
1987 - I 2a. N = 301 n = 2	Masc. 100%	15-19 100%	Medio 50% Bajo 50%	0.7%	0.3%	—	Antes de 60's 50% 87 y + 50%	Exp. 100%	—	Salud, familiar 50% c/u
1987 - II 3a. N = 411 n = 1	Masc. 100%	15-19 100%	Medio 100%	0.2%	0.2%	0.2%	sin esp.	Exp. 100%	Tratam. 100%	Legal 100%
1988 - I 4a. N = 398 n = 4	Masc. 100%	15-19 75% 25-29 25%	—	1.0%	1.0%	1.0%	82-84 33% 85-87 66%	Exp. 25% Leve 57%	Tratam. 25% Intox. 25% Robo 50%	Salud, económico, familiar 33% c/u
1988 - II 5a. N = 330 n = 1	Fem. 100%	30 o más 100%	Medio 100%	0.3%	0.3%	0.3%	Antes de 60's 100%	Mod. 100%	Padec. org- gánicos 100%	Salud 100%
1989 - I 6a. N = 296 n = 2	Masc. 100%	20-24 50% 25-29 50%	Bajo 100%	1.4%	1.4%	1.1%	85-87 33% 89 + 66%	Ocas. 25% Leve 25% Mod. 25% Alt. 25%	Tratam. 75% Accidentes y viol. 25%	Familiar, social 33% c/u
1989 - II 7a. N = 303 n = 3	Masc. 75% Fem. 25%	15-19 25% 20-24 50% 30 o más 25%	Bajo 25% Medio 75%	1.1%	1.0%	0.7%	15-19 100%	Ocas. 33% Mod. 66%	Síndrome de absti- nencia 100%	Legal 100%

FUENTE: Centro de Información y Documentación en Farmacodependencia. Instituto Mexicano de Psiquiatría. 1991.

obtención de la droga solamente en forma ilícita en el "mercado negro" y a un alto costo. Cuando el adicto tiene problemas de salud, generalmente no acude al servicio público porque suele estar involucrado en actividades ilícitas relacionadas con el uso de narcóticos, y teme ser identificado y perseguido.

La conducta violenta que suele presentar el adicto no es resultado directo de los efectos farmacológicos, sino del hecho de que estos usuarios viven en un estado de alerta por el temor de que se les acabe la droga y se les presente el síndrome de abstinencia: dolores intensos y extrema irritabilidad. Además, siempre les preocupa no tener dinero para poder asegurar el aprovisionamiento de la droga, y temen ser descubiertos por las marcas físicas que deja en su cuerpo la aplicación de ésta. Todos estos factores propician que el usuario tienda a tener una conducta violenta.

Discusión y conclusiones

Conocer el panorama epidemiológico de un país no es una tarea fácil; necesita tener una infraestructura muy costosa, ya que requiere de personal capacitado en la vigilancia epidemiológica en las áreas de prevención y de tratamiento.

Debido a las bajas cifras obtenidas en el consumo de heroína, resulta interesante estudiar a conciencia la dinámica psicosocial del uso de sustancias adictivas, tanto en México como en los estados fronterizos de los Estados Unidos que colindan con México, debido a la influencia que este país tiene en la frontera. La Encuesta Nacional de Adicciones de la República Mexicana informa que 24% de los usuarios de heroína la obtuvieron por primera vez en los Estados Unidos, y 59% en los estados fronterizos del norte del país y en los de la región centro norte. Al respecto, Medina-Mora (1989) concluye que: "La subcultura del uso de heroína en el país, está estrechamente ligada al contacto con la población estadounidense" (22).

Asimismo, si comparamos la información obtenida en México por medio de los estudios anteriormente descritos, con los datos reportados por Estados Unidos, que tal como lo señala Johnson, es el país que: "muestra el mayor nivel de involucramiento con el uso de drogas ilícitas que pudiéramos encontrar en otra nación industrializada del mundo..." (16), observamos que este país presenta actualmente un mayor índice de consumo de heroína, a diferencia de los datos obtenidos en México. Por citar un caso, entre 1975 y 1988 la prevalencia de consumo en los Estados Unidos exclusivamente en población escolar equivalente al tercer año de preparatoria fue de 0.5% en 1975 y de 0.6% en 1988 (16). En contraste, el índice de prevalencia reportado en México para este mismo tipo de población fue de 0.23% en 1976, de 0.5% en 1986 y había descendido a 0.36% en 1989 (12).

Esta situación de influencia fronteriza nos obliga a establecer mayor vigilancia epidemiológica principalmente en el Distrito Federal y en la zona norte de la República: Baja California Norte, Baja California Sur,

Sonora y Sinaloa, así como a apoyar aún más la investigación epidemiológica.

Cabe señalar que, a diferencia de lo reportado en las encuestas de hogares y de escuelas en ambos países, las cifras más elevadas de consumo se localizan en los hospitales y centros de atención a la salud, así como en estudios de casos realizados en comunidades. En ese sentido, Johnson sugiere que "dada la naturaleza ilícita de la heroína, es muy probable que no sea reportada". Asimismo, estima que uno de cada veinte jóvenes de la población estudiantil ha usado experimentalmente la heroína y otros opiáceos (8.7%) (16).

Ello nos conduce a considerar algunas limitaciones metodológicas que ya han sido puestas de relieve anteriormente, respecto a las encuestas de hogares y escuelas, los estudios de casos y el SRID.

Las encuestas captan solamente a los sujetos que tienen lugar fijo de residencia o a los que asisten a instituciones educativas, y se subestima el número de usuarios debido al estigma social asociado con el consumo de estas drogas. Por la experiencia de otros países, sabemos que los grupos de usuarios de heroína han conformado una subcultura cuya dinámica gira alrededor del consumo de esta sustancia. El uso crónico ha llevado al sujeto a un deterioro progresivo y severo, con sus consecuencias sociales obvias y, por consiguiente, son difíciles de detectar en sus hogares o en las instituciones educativas.

Los estudios de casos se concentran en una sola área y permiten profundizar en la dinámica del consumo de drogas, pero no permiten hacer estimaciones poblacionales. En el caso del SRID, es deseable ampliar la cobertura a las áreas del país donde la investigación anterior sugiere que hay un alto riesgo de que la usen.

En suma, consideramos que las evaluaciones epidemiológicas del problema de la farmacodependencia requieren de la confluencia de diversas metodologías. Es importante, por lo anterior, insistir en la necesidad de tener una mayor vigilancia epidemiológica para este problema que de acuerdo con la investigación, es potencial para México. Asimismo, apoyar estudios etnometodológicos que expliquen con mayor amplitud las características del estilo de vida y del funcionamiento psicológico y social de los usuarios.

En general, los resultados más recientes indican que el consumo de estas drogas tiende a iniciarse a edades cada vez más tempranas. El mayor número de usuarios fue predominantemente del sexo masculino, aunque últimamente se han detectado usuarios del sexo femenino. El tipo de usuario que más se ha identificado es el experimental; es decir, aquéllos que todavía no consumen drogas como parte habitual de su estilo de vida.

Finalmente, el consumo de drogas no sólo es un problema de salud, sino un problema eminentemente social, político y económico, por lo que requiere de acciones que incidan sobre la oferta y la demanda. Esto rebasa la competencia del Sector Salud, por lo que es necesario el apoyo de las instituciones públicas y privadas y, desde luego, de acciones de concertación de carácter internacional.

REFERENCIAS

1. Archivo Histórico de la Secretaría de Salud: Expedientes Relativos a la Sección Jurídica No. 11685; 13125; 2514; 034437; 10801; 3389: (1912-1928).
2. CASTRO ME, MAYA MA: Estudio sobre el Uso de Drogas entre Estudiantes Universitarios. Instituto Mexicano de Psiquiatría. Reporte Interno. 1982.
3. CASTRO ME, VALENCIA M: Consumo de Drogas en México; Patrones de Uso en la Población Escolar. *Salud Pública de México*, XX(5): 585-590, 1978.
4. CASTRO ME, VALENCIA M: Drug consumption among the student population of Mexico City and its metropolitan area: Subgroups affected and the distribution of users. *Bulletin on Narcotics*, XXXII(4): 30-37, 1980.
5. CASTRO ME, ROJAS E, GARCIA G, DE LA SERNA J: Epidemiología del uso de drogas en la población estudiantil: Tendencias en los últimos 10 años. *Salud Mental*, 9(4):80-86, 1986.
6. CASTRO ME, ROJAS E, DE LA SERNA J: Estudio epidemiológico sobre el uso de drogas y problemas asociados entre la población estudiantil que asiste a los Colegios de Bachilleres. *Salud Mental*, 11(1):35-47, 1988.
7. CASTRO ME, VALENCIA M: Estudio sobre el uso de drogas y problemas asociados en una muestra de estudiantes del Estado de Morelos. *Salud Mental*, 2(3):2-8, 1979.
8. CENTRO MEXICANO DE ESTUDIOS EN FARMACODEPENDENCIA: *Fármacos de Abuso*: Prevención, Información Farmacológica y Manejo de Intoxicaciones. México 1976.
9. CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL: Investigaciones Terminadas; T. II, 1978; T. IX, 1980; T. I, T.II, T.III, T.IV, T.V, T.VI, 1981.
10. CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL. Estudio descriptivo de la población farmacodependiente en un centro de tratamiento en la zona fronteriza. T.II, 1984.
11. CHAO Z, CASTRO ME: Investigación nacional sobre el consumo de fármacos y las actitudes hacia la farmacodependencia en población escolar de 14-18 años. Reporte interno. CEMEF, 1976.
12. DE LA SERNA J y cols.: Medición del uso de drogas en estudiantes de educación media y media superior del Distrito Federal y zona conurbada. *Memorias de la VI Reunión de Investigación*. Instituto Mexicano de Psiquiatría: 182-187, 1991.
13. HERNANDEZ DIAZ J: Investigación de 108 heroínómanos. Centro de Integración Juvenil, 1985.
14. INVESTIGACIONES BIOMEDICAS. Estadísticas sobre abuso de drogas en hospitales y centros de urgencia en la Ciudad de México, Reporte Interno-IMP 1980.
15. INVESTIGACIONES BIOMEDICAS. Pruebas toxicológicas en usuarios de fármacos. IMP 1981.
16. JOHNSTON LD, O'MALLEY PM, BACHMAN JG: *Drug Use, Drinking and Smoking: National Survey Results from High School, College and Young Adult Populations, 1975-1988*. U.S. Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse, pp. 339, 1989.
17. MEDINA-MORA ME: Prevalencia del consumo de drogas en algunas ciudades de la República Mexicana. Encuestas de Hogares. *Revista de Enseñanza e Investigación en Psicología*, 4(7):11-125, 1978.
18. MEDINA-MORA ME: Descripción y análisis comparativo de dos modelos de investigación del consumo de drogas: Búsqueda intensiva de casos y encuesta de hogares. *Cuadernos Científicos CEMESAM*, No. 12, 49-64, 1980.
19. MEDINA-MORA ME, SCHNAAS AL, TERROBA G, ISOARD Y, SUAREZ C: Epidemiología del consumo de sustancias inhalantes en México. En: Trillas (ed) *Inhalación Deliberada de Disolventes Industriales*. México, 352-362, 1977.
20. MEDINA-MORA ME y cols.: Aspectos epidemiológicos del uso de sustancias inhalables en la República Mexicana. *Salud Mental*, 10(4):11-19, 1987.
21. MEDINA-MORA ME y cols.: Extensión del consumo de drogas en México: Encuesta Nacional de Adicciones. Resultados nacionales. *Salud Mental*, 12(2):7-12, 1989.
22. MEDINA-MORA ME y cols.: Situación epidemiológica del consumo de alcohol en México. *Boletín de la Oficina Médica Panamericana*, 107(6):475-484, 1989.
23. MEDINA-MORA ME y cols.: Encuesta Nacional de Adicciones. *Memorias de la V Reunión de Investigación*, Instituto Mexicano de Psiquiatría, 1990.
24. NATERA G, TERROBA G: Consumo de fármacos en la Ciudad de Monterrey, N. L. (A través de encuestas de hogares). *Cuadernos Científicos CEMESAM*, 11:101-122, 1979.
25. NATERA G, ZUBIETA M, OROZCO C: Epidemiología de la farmacodependencia en 27 centros de tratamiento de la República Mexicana. *Cuadernos Científicos CEMESAM*, No. 11, 1979.
26. NATIONAL HOUSEHOLD SURVEY ON DRUG ABUSE: POPULATION ESTIMATES 1985, U.S. Department of Health and Human Services. National Institute on Drug Abuse, pp. 339, 1989.
27. ORTIZ A, OROZCO C, ROMANO M, SOSA R, VILLATORO J: Desarrollo del Sistema de Reporte de Información en Drogas. Tendencias en el área metropolitana. *Salud Mental*, 12(2):12-21, 1989.
28. ORTIZ A y cols.: Grupo institucional para el desarrollo del Sistema de Información en Drogas. Tendencias en el área metropolitana No. 5, Noviembre 1988, Documento de trabajo, Reg. ISBN-968-811-067-1.
29. TERROBA G, MEDINA MORA ME: Epidemiología de la farmacodependencia en la Ciudad de Mexicali, B. C. (A través de encuestas de hogares). *Cuadernos Científicos CEMESAM*. 11:45, México, 1979.
30. ZUÑIGA V: Epidemiología del uso de drogas en Tamaulipas. Centro para la Juventud y la Familia - DIF Tamaulipas, 1990.

ANEXO

CARACTERISTICAS DE LA HEROINA Y LOS OPIACEOS

Los opiáceos son narcóticos naturales e incluyen drogas derivadas de la planta de la amapola como son el opio, la morfina, la codeína, la papaverina, la tebaína y la narcotina. De éstas, las más utilizadas son la morfina y la codeína. Los narcóticos semi-sintéticos son la heroína y la hidromorfina, y los totalmente sintéticos son la metadona y la meperidina, más conocidos como demerol, y el propoxifen (Darvón).

El opio es una resina cruda obtenida del exudado de la amapola *papaver somniferum*. La secreción que resulta de hacer una incisión en la planta, produce el opio crudo, éste se oscurece gradualmente hasta adquirir un color café oscuro, y se endurece como el chapopote; su olor es displacentero y tiene un sabor amargo; ya seca se le da forma de bloques o tabiques para su embarque y venta.

La morfina, que es el alcaloide principal derivado del opio, con una concentración de 4% a 21% de opio, ha sido una de las drogas inodoras más conocidas para aliviar los dolores intensos. Se ha comercializado en forma de cristales blancos, tabletas hipodérmicas y preparados inyectables.

La codeína es un alcaloide que se encuentra en el opio crudo en concentraciones que varían de 0.7% a 2.5%. En 1832 fue aislada como impureza de la morfina. Aun cuando se presenta en forma natural, la mayor parte de la codeína se produce de la morfina, aunque la codeína es menos analgésica o sedante que la morfina, y provoca una depresión respiratoria menor. Se comercializa como tabletas o combinada con productos tales como la aspirina o el acetaminofén, o bien, en líquidos como los jarabes para la tos.

La heroína en su forma pura es un polvo blanco cristalino con un sabor amargo y soluble en agua. La procedente de Asia y México es de color café debido a las impurezas. Se obtiene por medio de la modificación química de la morfina, mediante ácido acético. Dada la potencia de los efectos eufóricos y analgésicos, la heroína tiene mayor potencial para producir dependencia física que cualquier otro de los analgésicos narcóticos comunes, incluyendo la morfina.

Actualmente se produce en Europa y se destina a la investigación. La que se emplea para fines de intoxicación y se vende en las calles se produce en laboratorios clandestinos.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Los opiáceos y la heroína, por sus propiedades farmacológicas, se consideran como drogas de alto poder adictivo; fuera de prescripción médica se usa para obtener un estado de ánimo eufórico.

El uso del opio se remonta a 6,000 años antes de Cristo, por las tribus Sumerias que lo llamaban "Planta de la Alegría" o "Flor de la Felicidad". Su uso medicinal se ha registrado desde 1500 años A.C., en los papiros egipcios de Eber, donde se recomendaba una mezcla a base de opio para controlar el llanto excesivo de los niños.

Posteriormente el opio llegó a Grecia a través del Mediterráneo. Hipócrates lo utilizaba como remedio para numerosas enfermedades, y Dioscórides, en el siglo I, lo recetaba para evitar la inflamación, el insomnio, el dolor y la indigestión. Advirtió que el exceso de esta sustancia hacía a los hombres letárgicos y los destruía.

En el siglo VII de nuestra era, los chinos lo utilizaban como medicamento, y descubrieron sus efectos euforizantes al fumarlo. Se difundió a mediados del siglo XIV; y constituyó una epidemia que el emperador trató de abatir mediante la prohibición, pero fracasó porque su difusión y su comercio ilícito estaban demasiado arraigados.

La mayor parte de opio que se consumía en China provenía de Portugal, Holanda, India e Inglaterra. En Europa, el uso del opio fue estimulado por Paracelso, quien publicó una fórmula en la que se mezclaba el alcohol y el opio y que llamó *Laudanum*, muy utilizado por los europeos del siglo XIX.

En esa época no se consideraba como un problema social, sino que era fuente de inspiración para los poetas románticos.

En 1806, el alemán Frederick Serturmer destiló el alcaloide principal del opio y descubrió que mitigaba el dolor e inducía el sueño, por lo que lo llamó morfina, aludiendo a Morfeo, el Dios del sueño.

Alrededor de 1850, la morfina en solución inyectable fue utilizada ampliamente en el tratamiento de diversas enfermedades, desde la diabetes hasta los trastornos mentales. Durante la guerra civil de Estados Unidos y la Franco-Prusiana (1870) se le suministraba a los soldados indiscriminadamente para controlar el dolor, pero su alto potencial adictivo dio por consecuencia la "enfermedad del soldado".

En 1898 apareció la heroína como un derivado más del opio que, según sus descubridores, no producía adicción, y además curaba la dependencia a éste y a la morfina. Sin embargo en 1903 los médicos comenzaron a dudar de sus propiedades no adictivas.

A partir de 1909 fue necesario controlar el uso de los opiáceos. En esta fecha tuvo lugar el primer esfuerzo internacional realizado con el fin de encontrar solución al problema ocasionado por el opio. Así se creó la Comisión Internacional Contra el Opio en Shangai y, después de la Primera Guerra Mundial esta tarea recayó en la Liga de las Naciones.

Actualmente, en el plano interamericano, estas drogas representan una problemática prioritaria. Los Estados Unidos de Norteamérica son el principal mercado, y algunos países latinos y caribeños son los principales proveedores.

Hoy en día se reconoce que la magnitud del comercio ilícito ha representado un problema transnacional. Por esto surgió la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, CICAD, dependiente de la OEA, para combatir el problema del narcotráfico en el continente, y cuyos objetivos inmediatos consisten en 3 líneas principales de acción: desarrollo jurídico, educación para la prevención y apoyo para la acción privada y comunitaria.

MODALIDADES DE TRATAMIENTO

El desarrollo de métodos de tratamiento para la adicción a los opiáceos ha evolucionado de manera muy lenta, a pesar de que su historia data de tres siglos.

Las primeras referencias se remontan al año de 1700. Posteriormente, en 1880, se pensó en retirar la sustancia en forma definitiva o en forma gradual. Entre 1880 y 1886 se utilizó la cocaína en el tratamiento de los morfómanos.

En 1920, los analgésicos narcóticos se emplearon en la terapéutica para suprimir el síndrome de abstinencia que por sí solo rara vez es fatal; no obstante, la sobredosis puede producir un paro respiratorio por la depresión severa de los centros cerebrales que controlan la respiración.

Entre 1935 y 1938, dos hospitales de los Estados Unidos influyeron de manera importante en el tratamiento de la adicción a la heroína, con la incorporación de técnicas psicodinámicas, además de los fármacos, para aliviar los síntomas de la abstinencia. También se han desarrollado las llamadas "sustancias antagonistas" para crear en los pacientes los efectos fisiológicos y psicológicos similares a los producidos por los narcóticos opiáceos y contrarrestar de este modo sus efectos. Así, sustancias como la metadona, la cyclazocina y la naltrexona han constituido importantes auxiliares en el tratamiento de los heroínómanos, gracias a las múltiples ventajas que se derivan de su uso.

El empleo de este tipo de sustancias ha sido de gran utilidad en la práctica médica, sin embargo no existe una técnica definitiva para el tratamiento, aunque cada vez se logran mayores avances dentro de este campo. Los diversos tratamientos han definido sus métodos y finalidades de acuerdo con las concepciones del tratamiento que persiguen; unos promueven la abstinencia, otros proporcionan substitutos para estabilizar al paciente, otros usan técnicas mixtas incluyendo la observación del funcionamiento del paciente en su vida social. Uno más emplea el apoyo, la educación, el entrenamiento o el adiestramiento en algún oficio, el trabajo, la prestación de servicios médicos, etc. Su meta pragmática consiste en que "cada día que se pasa sin la droga es un día sin amenazas de mayor morbilidad, mortalidad y actividad criminal asociadas con el uso de la droga".

En México se tiene poca experiencia en el tratamiento de estos pacientes debido a que el número de personas dependientes a los opiáceos, que buscan atención, es muy reducido.

Una de las instituciones mexicanas con más experiencia en el tratamiento de los heroínómanos, es el Centro de Integración Juvenil, que entre otros modelos ha utilizado el tratamiento del síndrome de supresión, denominado "La triada del DIA" (dolor, insomnio, ansiedad), utilizando las sustancias antagonistas: el dextropropoxifeno como analgésico narcótico para controlar el dolor, la clorpromazina como sedante para el insomnio y el diazepam para disminuir la ansiedad, administradas durante quince días. También se han utilizado con fines similares los sedantes, los líquidos parenterales y los antidiarréicos. Sin embargo, el modelo tiene serias limitaciones, pues su costo es elevado y en ocasiones su aplicación favorece la formación de nuevas dependencias.

Recientemente se ha utilizado el Modelo de Desintoxicación Rápida, de Kleber y Riordan, basado en el uso de la clonidina y la naloxona, que han mostrado eficacia para el control del síndrome de supresión en los adictos a la heroína, a la morfina, a la codeína, y al dextropropoxifeno. Este modelo permite dar de alta al paciente a los cuatro días de haber ingresado al centro, y facilita su tratamiento en el ámbito familiar y social, por medio de técnicas de psicoterapia y de su rehabilitación social. Entre 1987 y 1988, el Centro de Integración Juvenil de Tijuana atendió 104 casos con este tratamiento.

Las zonas de riesgo en México, identificadas por la investigación epidemiológica, son: la Frontera Norte y la Sur, principalmente Cancún y Quintana Roo, que son centros turísticos en la Península de Yucatán. A la fecha los casos detectados se han enviado a Miami, Florida, y a algunas de las Islas del Caribe, para que allí reciban tratamiento.

Desde hace 30 años, la Secretaría de Salud inició un programa ambulatorio para el tratamiento de heroínómanos, que distribuye sustancias que evitan el síndrome de abstinencia. Actualmente se atiende a menos de 20 de los 150 adictos iniciales del programa, debido a la mortalidad de esta población. El programa tiende a desaparecer debido a los problemas de diferente índole que se presentan en la comunidad adicta.

REFERENCIAS

1. COX T, JACOBS M, LEBLANC E, MARSHAM J: Drugs and Drug Abuse. Addiction Research Foundation, Toronto, 1983.
2. HEROÍNA, PERFIL SUBSTANCIAS. Consejo Nacional contra las Adicciones. Vol. 2, Tomo 1. México, Centros de Integración Juvenil ACM 1989.
3. Drug Abuse and Drug Abuse Research. The First in a Series of Triennial Reports to Congress". National Institute on Drug Abuse, 1984.
4. NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE: Compulsory Treatment on Drug Abuse: Research and Clinical Practice. NIDA Research Monograph 86, 1988.
5. SAN LUIS CAMI J, PERS JM: Efficacy of clonidine, guanfacine, and methadone in the rapid detoxification of heroin addicts. A controlled clinical trial. *British Journal of Addictions*, 85(1): 141-147, 1990.
6. SMART R: Forbidden Highs. Addiction Research Foundation, Toronto. 1983.
7. TRAGEN GI: Panorama general del problema de las drogas en América. Conferencia presentada en la *Reunión de la Organización Panamericana de la Salud*, mayo 1989.