

Patrones de consumo de heroína en una muestra de consumidores de Medellín – Colombia*

Patterns of heroin use in a sample of consumers in Medellín – Colombia

Guillermo Alonso Castaño Pérez¹
Gustavo Adolfo Calderón Vallejo^{II}

¹Grupo de investigación en Farmacodependencia de la Fundación Universitaria Luis Amigó.

^{II}Fundación Universitaria Luis Amigó.

*Basado en la Investigación: "Consumo de Heroína en Medellín y Área Metropolitana. Estudio de casos múltiples"; 2008.

Correspondencia: Guillermo Alonso Castaño Pérez. Dirección Transversal 51 A No. 67 B – 90, Medellín, Colombia. E-mail: gcastano@funlam.edu.co

Resumen

Introducción: En Colombia no existen estudios específicos de prevalencia de consumo de heroína. Este artículo evalúa los patrones de consumo de esta sustancia en un grupo de consumidores de la ciudad de Medellín y su área metropolitana, evidenciándose que el consumo empieza a ser una amenaza para la salud pública por las particulares formas de consumo, entre las que se incluyen prácticas de riesgo. **Objetivo:** Evaluar el consumo de heroína en la ciudad de Medellín y su área metropolitana. **Métodos:** La investigación tuvo un enfoque mixto mediante el estudio de casos múltiples hasta saturar cada una de las variables y categorías propuestas. Se accedió a 42 consumidores de heroína de centros de tratamiento de la ciudad de Medellín y área metropolitana mediante la técnica de "bola de nieve", proceso que se realizó entre los meses de julio y septiembre de 2008. La información se recolectó mediante una entrevista estructurada, cara a cara, que consultó el tipo de heroína consumida, vías de administración, frecuencias de consumo, utensilios utilizados, prácticas de consumo y rituales que acompañan estas prácticas. Los datos cuantitativos se analizaron con el paquete estadístico EPI-Info 2.000 y los cualitativos con Atlas ti, versión 5.5, para Windows. **Resultados:** Los consumidores eran predominantemente hombres, solteros, con edades comprendidas entre los 18 y los 23 años, sin hijos y muchos con estudios universitarios no terminados. Mayoritariamente se ubicaban en un estrato socioeconómico medio, tenían antecedentes familiares de consumo de sustancias psicoactivas y se iniciaron en el consumo de heroína entre los 15 y los 17 años. Tienen formas particulares de nombrar la heroína, los consumidores, y poseen rituales propios para consumir esta sustancia. En el artículo se presentan detalles de la heroína que consumen, la parafernalia y las prácticas asociadas a dicho consumo. **Conclusiones:** El consumo de heroína es una realidad emergente en Colombia. Es necesario ahondar en estudios cuanti-cualitativos que nos permitan conocer y comprender más este fenómeno con el fin de disminuir su impacto en la salud pública.

Palabras claves: Heroína. Medellín. Colombia. Patrones de consumo.

Abstract

Introduction: In Colombia, there are no specific studies on the prevalence of heroin use. This paper reviews the patterns of substance use in a consumer group in the city of Medellín and its metropolitan area, showing that consumption is becoming a threat to public health due to the particular forms of consumption, among which risk practices are included. **Objective:** To evaluate the use of heroin in the city of Medellín and its metropolitan area. **Methods:** The study took a mixed approach using multiple-case study to cover each of the variables and categories proposed; 42 heroin users of treatment centers in the city of Medellín and its metropolitan area were accessed between July and September 2008, using the "snowball", technique. Information was collected by a structured, face to face interview, asking about the type of heroin consumed, routes of administration, frequency of consumption, equipment used, consumption practices and rituals that accompany these practices. Quantitative data were analyzed using the EPI-Info statistical package 2,000 and Atlas ti qualitative, version 5.5, for Windows. **Results:** Consumers were predominantly male, single, aged between 18 and 23 years, childless and many had not completed college. Most respondents were in the middle socioeconomic stratum, had a family history of psychoactive substance use and had started heroin use between 15 and 17 years. There are special forms to name heroine, consumers, and rituals to consume the substance. The article gives details of the heroin consumed, the paraphernalia and associated practices. **Conclusions:** The use of heroin is an emerging reality in Colombia. Qualitative-quantitative studies are necessary to allow us to acknowledge and understand more about this phenomenon in order to decrease the impact on public health

Keywords: Heroin. Medellín. Colombia. Consumption patterns.

Introducción

La UNODC calcula que en el año 2009 entre 12 y 21 millones de personas en todo el mundo habían consumido opiáceos, y de ellas unas tres cuartas partes consumieron heroína, aproximadamente 375 toneladas de esta sustancia. Europa y Asia siguen siendo los principales mercados de consumo, el primero con 3 millones de consumidores y el segundo con un poco más de 6 millones¹.

Los cálculos de UNODC en su informe Mundial de Drogas de 2010 sobre el consumo de opiáceos, sobre todo de prescripción, en América es de 1.290.000 consumidores en Norte América; 100.000 en América Central; 60.000 en Región del Caribe y 840.000 en América del Sur¹. En EEUU y la frontera norte de México se conocían datos del consumo de heroína, pero en el resto del continente era una droga desconocida. A mediados de la década del 2000, empiezan a aparecer casos en las consultas de centros de tratamiento en grandes ciudades de Colombia y más recientemente la CICAD/OEA advierte de casos en República Dominicana, Honduras y Chile.²

En Colombia no existen estudios específicos de prevalencia de consumo de heroína. Ha habido mención a consumos de esta sustancia sin especificar la vía de administración, en varios trabajos, donde se evidencia aumento en las prevalencias, aunque no comparables por las diferentes muestras de población y metodologías empleadas. El primer reporte del consumo de esta droga en este país data del año 1992, en el Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas³, con unas prevalencias de vida y anuales muy bajas que no alcanzaban el uno por mil en la población general. El mismo estudio realizado en 1997 reporta un doce por mil de prevalencia anual⁴. Una investigación realizada en jóvenes entre 10 y 24 años en 2002 reportó prevalencias de vida de 11 por mil⁵. Finalmente un reciente estudio realizado en el 2008 da cuenta de cifras que alcanzan una prevalencia de vida del diecinueve por mil y anual y mensual del dos por mil⁶ (Tabla 1).

Tabla 1 - Prevalencias de consumo de heroína en Colombia. Datos reportados entre 1993 y 2008.**Table 1** – Prevalence of heroin consumption in Colombia, 1993-2008.

Estudio	Prevalencia
Primer Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. 1992. ⁽³⁾	Prevalencia vida: 0,5 por mil. Prevalencia anual: 0,6 por mil (población general)
Segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. 1997 ⁽⁴⁾	Prevalencia anual: 12 por mil (población general)
Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Jóvenes de 10 a 24 años. Colombia, 2001. Programa Rumbos. Presidencia de la República. ⁽⁵⁾	Prevalencia anual: 6 por mil. Prevalencia vida: 11 por mil (Jóvenes entre los 10 y 24 años)
Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. 2008. Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupeficientes. ⁽⁶⁾	Prevalencia de vida: 19 por mil. Prevalencia anual: 2 por mil. Prevalencia mes: 2 por mil. (población general)

Fuente: Construida por los autores / Source: Developed by the authors

Los patrones de consumo de esta sustancia están asociados con el grado de dependencia y los riesgos biosicosociales que pueden afectar al individuo, con repercusiones importantes en la salud pública. Los problemas ocasionados están más relacionados con las vías de administración: hepatitis, abscesos e infecciones, celulitis y el VIH/SIDA por el uso de agujas contaminadas y los relacionados con las actitudes y comportamientos: conductas delictivas, accidentalidad, problemas familiares, abandono escolar y desempleo^{7, 8}.

Son muchas las evidencias de la morbilidad provocada por esta sustancia. Giner et al.⁹ resume en el cuadro siguiente los efectos sobre el organismo producidos por el consumo de heroína.

Las formas de abuso y dependencia de los opiáceos son tan variadas como los medios culturales, los fines de su consumo, las creencias y costumbres de las personas que consumen estas sustancias; por ejemplo, el hombre de negocios del sureste asiático habitualmente fuma una pipa de opio antes de irse a dormir, algunos chinos suelen beber

Aparato o sistema	Efectos
Aparato Respiratorio	Disminución de la frecuencia y el volumen respiratorio, alteraciones del ritmo, broncoconstricción ligera
Aparato circulatorio	Hipotensión, bradicardia
Sistema nervioso	Euforia, depresión generalizada especialmente la respiratoria, somnolencia, miosis, disminución de la coordinación muscular, mielopatía, neuropatía periférica y pleixitis no traumática
Aparato digestivo	En la cavidad oral es frecuente la aparición de caries, periodontitis, pérdida de piezas dentarias, gingivitis, glositis; en el esófago, estómago y duodeno pueden aparecer várices esofágicas y úlceras, disminución de secreciones digestivas, estreñimiento y aumento de la presión en las vías biliares
Sistema hematopoyético	Suele encontrarse eritrocitosis con reticulocitosis, leucocitosis, trombocitopenia, púrpura tronbocitopénica idiopática.
Aparato genitourinario	Aumento de la fuerza contráctil de la vejiga y sus esfínteres, disminución del flujo de la orina, disminución de la testosterona, impotencia, disminución de la producción de espermatozoides, inhibición de la ovulación y la menstruación.
Sistema autonómico	Por privación: insomnio, sudoración, náuseas, piel de gallina, rinorrea, escalofríos.

Tomado de Giner et al (2001).

una suspensión de opio en agua y el joven que consume heroína en Gran Bretaña con frecuencia prefiere tomar la droga fumando la sustancia para evitar así los riesgos médicos de la inyección y los legales implícitos de poseer una jeringa hipodérmica con huellas de opio¹⁰.

Las prevalencias de consumo se dan mayormente en hombres y esto posiblemente se deba a que los consumos más arriesgados o peligrosos son más atractivos para los varones que para las mujeres¹¹⁻¹³.

El objetivo del estudio es describir y hacer un análisis de los patrones de consumo de heroína en una muestra de consumidores de Medellín y su área metropolitana, con el fin de develar los riesgos de las prácticas de consumo, proponer alternativas de prevención y animar a otros investigadores a continuar las investigaciones y de paso aportar al conocimiento de esta problemática en Latinoamérica, pues la heroína se está produciendo y consumiendo en Colombia y existe un alto riesgo que se extienda a otros países de la región.

Materiales y método

La investigación responde a un diseño cuantitativo-cualitativo, mediante el estudio de casos múltiples. El reclutamiento de participantes para el estudio se realizó a través de los centros de tratamiento de consumo de drogas existentes en la ciudad de Medellín y su área Metropolitana y por medio de la técnica de “bola de nieve”. El número de participantes se cerró cuando las categorías del estudio fueron saturadas, por tanto la muestra fue intencional y finalmente quedó conformada por 42 sujetos consumidores regulares de heroína. Llegar a este número fue muy difícil por las dificultades de acceso que se tiene, en general, a la población consumidora de drogas y más a usuarios de heroína, por ser aún un grupo minoritario y apenas emergente en Colombia

Para recoger la información se utilizó una entrevista estructurada, como técnica cualitativa, considerada ésta como la más adecuada para la consecución de los

objetivos del estudio, ya que con ella se obtienen datos descriptivos, basados en las propias experiencias y palabras de las personas directamente vinculadas a las prácticas del consumo de heroína. La guía de preguntas fue construida por los investigadores a partir de la revisión de la bibliografía existente y validada por 03 profesionales expertos en el tema de las drogodependencias y que han tenido contacto con consumidores de heroína. Se realizó además una prueba piloto con 03 consumidores de heroína para validar y afinar el instrumento. La entrevista fue aplicada cara a cara y tuvo una duración de 40 min. El cuestionario recogía información necesaria para dar cuenta de las características del consumo y los consumidores. Además de algunos datos demográficos se solicitó información sobre la edad de inicio del consumo, patrones y frecuencia de consumo de heroína en el momento de la entrevista, los cuales fueron susceptibles de cuantificar y constituyeron el componente cuantitativo del estudio.

La hipótesis a probar fue la similitud de las características del consumo y los consumidores con los usuarios de esta droga en otros países.

Las entrevistas fueron aplicadas por cuatro profesionales: una especialista en farmacodependencia y tres psicólogos ya graduados y en formación para esta misma especialidad, todos conocedores del tema y del universo de estudio en la ciudad de Medellín y en su área metropolitana. Las entrevistas se concertaron con los directores de los centros de tratamiento y las personas consumidoras de heroína que estaban internadas en ellos. Para el caso de los contactos obtenidos a través de la técnica “bola de nieve”, se concertó un lugar para la entrevista. No se entregó ninguna retribución por contestarla.

Los datos cuantitativos se analizaron con el paquete estadístico EPI-Info 2.000 y los cualitativos con Atlas ti, versión 5.5, para Windows. Las categorías analizadas fueron: características de la sustancia, del consumo y los consumidores. El procesamiento de los datos incluyó una fase de codificación

y captura. Primero se describieron los contenidos de las entrevistas por pregunta a partir de las transcripciones realizadas, luego se agrupó la información por párrafos según categorías emergentes, construyéndose unidades “hermenéuticas”. Se procedió a hacer análisis inferenciales y de tendencias, deteniéndose en similitudes y diferencias, se contrastó con otra información recogida en fuentes secundarias, se procedió a escribir los resultados argumentados y a cotejarlos con la interpretación del grupo de investigación.

Manteniendo las normas éticas obligatorias en este tipo de investigaciones, a los entrevistados se les solicitó permiso para grabar las entrevistas y se les garantizó el anonimato y la confidencialidad. Con todos ellos se firmó un consentimiento informado, mediante el cual decidían participar voluntariamente en el estudio, podían retirarse en cualquier momento y autorizaban utilizar los datos proporcionados con fines académicos. El estudio fue sometido al Comité de Ética de Investigación de la Fundación Universitaria Luis Amigó y fue aprobado y acompañado por éste durante su desarrollo.

Resultados

Características sociodemográficas

Los consumidores de heroína de este estudio son predominante hombres, 80,9% (34) y mujeres (8), 19.1%. La edad de los consumidores entrevistados está entre los 18 y 23 años, 59,5% (25), 26,1% (11), tenía en el momento entre 24 y 30 años y el resto (6), 14,2%, era mayor de 31 años.

La gran mayoría, (37), el 87%, son solteros, 04, (11%) casados y un viudo (2%). Con respecto a su nivel educativo: 38% (11), tienen bachillerato incompleto; 45% (19), están cursando universidad; (4), 9.5%, tiene estudios técnicos y sólo uno (2%), sin estudios.

En esta muestra están representados todos los estratos socioeconómicos, con una mayor presencia de los estratos medio bajo y medio, con un 42% (18) y un 40% (17), respectivamente. Los demás estratos, el bajo con 06 consumidores (15%) y el alto con tan sólo una persona consumidora (3%).

Edad de inicio de consumo de heroína

Es interesante observar que el consumo inicial de heroína se da en edades más avanzadas que lo que ocurre con otras drogas. Entre el total de los encuestados el 71% de los consumidores de heroína la probó por primera vez entre 15 y 20 años. Pero es destacado el porcentaje que lo hizo ya en una vida adulta (18%) (Tabla 2).

En todos los consumidores de heroína la droga de inicio fue la marihuana, cuyos consumos ocurrieron entre los 8 y los 12 años. No hubo ningún usuario que se hubiera iniciado directamente con este opiáceo. Cuando llegaron a esta sustancia todos eran ya policonsumidores.

Todos los participantes informaron ser policonsumidores, destacándose el consumo de alcohol, marihuana, cocaína, drogas recreativas y medicamentos no prescritos como las drogas más usadas. Casi la totalidad de los participantes (95%) usaba la marihuana, su droga de inicio, más de tres veces al día.

Tabla 2 - Edad de inicio consumo de heroína.

Table 2 – Age of initial heroin consumption.

Años	Número de consumidores	Porcentaje
15 a 17	15	36%
18 a 20	15	35%
21 a 23	5	11%
24 y más	7	18%

Para el total de los entrevistados la droga de mayor impacto es la heroína. La gran mayoría de los consumidores, el 95%, la consumía más de tres veces al día.

Todos los entrevistados consumieron la heroína, pero no todos se engancharon a ella inmediatamente. El 90% experimentó con ella, dejó de consumirla por un periodo más o menos largo (03 a 04 meses) y después la volvió a consumir, esta vez sí para engancharse.

Denominaciones de la heroína

El nombre más frecuente con el que los consumidores de heroína de Medellín nombran la sustancia es “H” (34 de los entrevistados); muy en relación a este nombre también la llaman: “hachechina”. Otros nombres están muy relacionados con el color de la sustancia: “La mona”, “el quipito” (por el color café lechoso), “chocofan”, nombre que le dan según algunos de los entrevistados a la modalidad californiana similar a la plastilina y que solo disuelve en agua con limón. También se encontraron en el argot de los consumidores: “merca”, “caballo”, “guajiro”, “guache”, “lonchugas”, “chanchenco”, *speed-ball* cuando la mezclan con cocaína.

Apelativos para cada consumo y para los consumidores

Varios son los nombres que los usuarios de heroína dan a los consumos, denominaciones éstas relacionadas con la vía por la cual introducen la sustancia al organismo. De manera general llaman a los consumos: vuelo, viaje, “vamos a dormir”, muchos de estos relacionados con los efectos depresores y alucinógenos que produce la heroína, y “la cura”, “la medicina”, cuando lo que buscan con ello es aliviar los malestares por el no consumo y que anuncian la aparición del síndrome de abstinencia.

Cuando el consumo se hace por vía nasal- inhalada-, los consumidores lo denominan: “pase”, “lance”, denominación con la que también denominan el consumo de cocaína cuando se hace por esta vía; “chupe”,

“esquirazo”, si usan las dos ventanas de la nariz y “cojo”, si este se hace solo por una de las fosas nasales. Si es por vía fumada la llaman: “balazo”, “perseguir al dragón”. Llama la atención este último término, donde se nombra esta técnica de consumo como en los países asiáticos.

Cuando la vía de administración es la intravenosa, los consumidores la denominan: “chute”, “picada”, “chuzón”, “pinchazo”, “pinche”; nombres todos estos relacionados con el acto de introducir una jeringa con aguja en una de sus venas.

En relación a cómo se nombran o se les llama en el argot de los consumidores de drogas a los usuarios de heroína, los entrevistados mencionan una gran cantidad de denominaciones, algunas muy generales y otras relacionadas con las vías de administración. Con respecto a la generalidad al nombrarlas aparecen las siguientes: “heroínomanos”, “haches”, “hacherolos”, “hachinos”, “hachesinos”, “hachenáutas”, “hachechinos”, todos ellos relacionados con la manera como se denomina a la sustancia (“H”- hache-) y “zombis”, por la manera como se observa a un usador de heroína cuando está bajo sus efectos.

A los consumidores que se inyectan les dicen: “Yanquis”, “yonking”, “pinchetos”, “chutaos”. Si la vía es la inhalada, se les conoce como: “güelengues”, y si es fumada, “pistoleros” (porque se dan “balazos”).

Características morfológicas y presentación de la heroína que se consigue en Medellín

En general todos coinciden en que su color es café con algunas leves variaciones hacia “crema”, beige o amarillo; algunos pocos hablan de heroína blanca. Otra característica es que se trata de un polvo con textura arenosa, olor entre “farmacia”, “mantequilla dulce”, “pegamento-colbón”, “éter” y que tiene un sabor “amargo”. La presentación más frecuente con que la consiguen en el mercado es en bolsitas plásticas pequeñas con cierre hermético y en papeles doblados, tipo papeleta.

Los consumidores identifican la calidad de la sustancia por su costo, color (tonalidad), textura (sensación táctil); el sabor (sensación que les deja en la garganta cuando es inhalada o fumada), solubilidad (en los casos de consumo inyectable) y por último los efectos psicodislépticos que les produce el consumo. Llama la atención aquí el grado de refinamiento que tienen los consumidores para dar cuenta de la pureza de la sustancia, sin recurrir a pruebas de laboratorio sofisticadas.

Todos los consumidores entrevistados manifiestan que entre más cara la heroína ésta es mejor. Muchos entrevistados aseguran haber consumido heroína barata de mala calidad, por la falta de dinero y ante la urgencia de consumir la sustancia por los malestares que le empiezan a aparecer cuando no consumen. Reconocen que el consumir heroína de mala calidad les lleva a tener una ansiedad más rápida por consumir, a sentir menores efectos y por ende a aumentar la frecuencia de consumo.

Con respecto al color, comentan que en Medellín y Valle de Aburrá se consigue heroína marrón, heroína negra y blanca. Esta última según la mayoría (38 entrevistados) es la de mejor calidad. A decir de ellos aunque la que se consigue más frecuente en Medellín y Valle de Aburrá es “café claro”, afirman que entre más clara es mejor. Sin embargo, algunos (04 entrevistados) consideran que entre más oscura, la calidad es más alta. Algunos testimonios de los entrevistados dan cuenta de esto:

“Sí, entre más clara mejor.....de esos amarillitos claros... es la de mejor calidad.” (Entrevista No. 8)

“Yo diferenciaba por la textura y por el color, si el color era tirando a muy opaco, a muy café muy oscuro, era de menor calidad, o de menor pureza. La blanca es la mejor...” (Entrevista No. 16)

“... La calidad la sabía por el color, si es muy café, es pura, y si es como cafecita con blanquito, esta mala, está cortada.” (Entrevista No. 23)

Textura y solubilidad son las otras características manifestadas por los

consumidores de heroína, que tienen que ver con la pureza y calidad. La suave al tacto, no grasosa ni grumosa y que es fácil de “esparcir” en una superficie y triturar, es la considerada por ellos como la mejor.

“... sé que es buena cuando la trituro. Si la trituro y sale menudita ... es buena..., si quedan grumos o granitos un poquito más grandes es de mala calidad...” (Entrevista No. 49)

“... la heroína más pura no es carrasposa, la heroína mala, cuando usted la está picando en un papel, se siente como arena, como “chirriando” en el papel, la heroína más pura es más blanca, y cuando usted la pica en el papel no “chirrea” (no hace ruido).” (Entrevista No. 39)

Con respecto al sabor, los entrevistados comentan que el sabor amargo en la garganta, cuando inhalan o fuman la sustancia, es una prueba de su calidad.

“Por el sabor, cuando usted la inhala, le empieza a bajar como una sustancia por la garganta amarga y si es muy amarga es muy buena la heroína. Y si usted no siente eso, es porque no es buena.” (Entrevista No. 40)

Los usuarios que utilizan la vía intravenosa para hablar de la calidad se refieren a la solubilidad y relacionan mucho esto con los cortes que los “jivaros” (vendedor de droga al menudeo) hacen para hacer rendir la sustancia; estos testimonios ilustran bien estos aspectos y su correlación:

“... hubo una época que.. nos estaban mezclando la heroína con “chocolisto” (bebida en polvo de chocolate), uno probaba eso y sentía la amargura pero a la vez también sentía... el sabor a chocolate, y ya uno revolvía eso y eso le quedaba era como una espuma, y la aguja se le taponaba y eso indicaba que estaba mala. Otra vez me acuerdo que compré heroína, la probé y me sabía como con leche Klim de ésa en polvo...” (Entrevista No. 12)

“... uno la disuelve, si se disuelve, sin calentarse, es heroína pura, ésta es la forma de saber. La cortada no se disuelve fácil.” (Entrevista No. 2)

Finalmente, en relación con la calidad y los efectos de la sustancia, los consumidores

entrevistados reconocen que con heroína de mayor calidad los efectos son más intensos y tienen una mayor duración.

“... la buena, yo me la inyectaba, y de una me cogía y pues me dopaba, en cambio, una heroína mala ... me empezaba la picazón, el malestar; pues, como si no hubiera pasado nada prácticamente.” (Entrevista No. 41)

“La heroína cortada casi no te hace nada, medio te tranquiliza, y la heroína más pura, es... una tranquilidad total y algo muy placentero.” (Entrevista No. 23)

“... una buena, te dura unas ocho horas, nueve horas, y no te da tanta ansiedad de volver a consumir ahí mismo. La que es más malita, la que es más cortada, al momentico otra vez tenés ganas de volverte a “yunquear” y no te dura tanto el efecto.” (Entrevista No. 22)

Vías de administración y razones para preferirla

De los 42 consumidores de heroína entrevistados el 57% (24) la inhala, el 24% (10) la consume por vía intravenosa y el 19% (9), alterna la vía fumada e inhalada.

Con respecto a los que se inyectan (10), los entrevistados dicen que los lugares más típicos para inyectarse son: los brazos, las muñecas y dorso del pie. Las razones aducidas para preferir estos sitios fueron: “las venas de más fácil acceso”, “las que más se sienten y uno puede ver” y en el caso de los pies “para evitar marcas que los delaten”.

De otro lado, a la hora de expresar las razones para preferir la vía intravenosa, los informantes afirmaron que con el tiempo el consumir por otras vías diferentes a la inyección ya no les producía placer porque su cuerpo ya había generado una tolerancia a los efectos de la heroína y esto los llevó a incursionar en otras formas de administración para volver a sentir las sensaciones iniciales que les había brindado la droga. Asimismo, hay otros que dicen que se pasaron a la vía intravenosa porque consumiendo de esta forma necesitaban una menor cantidad de dosis, se ahorran dinero, porque necesitaban menos heroína y además porque los

efectos eran más rápidos y más duraderos.

De otro lado los que prefieren no inyectarse (32), 09 prefirieron no hacerlo porque le tenían miedo a las agujas, 08 confirmaron que la vía intravenosa es más peligrosa que las demás, 04 consideraron que al inyectarse se vuelven más adictos, 04 dijeron que consumiendo de esta forma tenían más riesgos de una sobredosis o de morir mientras dormían y 02 opinaron que el síndrome de abstinencia es mayor. Finalmente, 05 de las personas entrevistadas manifestaron explícitamente que no se inyectaban porque hacerlo dejaba marcas en el cuerpo y que conocían a otros consumidores que lo hacían y que ya tenían las señales de la “degradación”, y esto los alejaba de esta vía.

Finalmente, los que prefieren la vía nasal la defienden argumentando que es más sencilla, más rápida, menos vistosa (consumos más discretos) y que haciéndolo de esta forma no pierden tanto el control.

Cantidades y costos de heroína consumida

En cuanto a las dosis consumidas, las tendencias en el análisis de los datos suministrados por los 42 entrevistados dan cuenta de que alrededor del 21% (9) consume en promedio hasta 0,25 g/día; el 25 % (11), entre 0,5 y 0,75 g/día; 34 % (14), 1 g/día; el 8 % (3), 2 g/día; y el 12 % (5) consumía más de 2 g/día. La frecuencia de consumo por la vía inhalada, la más alta, en promedio sucedía cada 2-3 horas; cuando la vía utilizada era la intravenosa, era más espaciada, cada 6-8 horas en promedio. Todos reconocen que a medida que el consumo se incrementa se aumenta también la cantidad de heroína; se denota de esta manera la aparición del fenómeno de tolerancia entre los consumidores (Figura 1).

En cuanto al costo de la heroína, se pudo observar cómo sólo uno de los participantes afirmó que gastaba menos de \$10.000 pesos colombianos (US 4,5 dólares) para comprar heroína, en tanto un gran porcentaje de la muestra que incluyó a un total de 37 personas aceptó realizar sus compras por valores

Cantidad de consumo

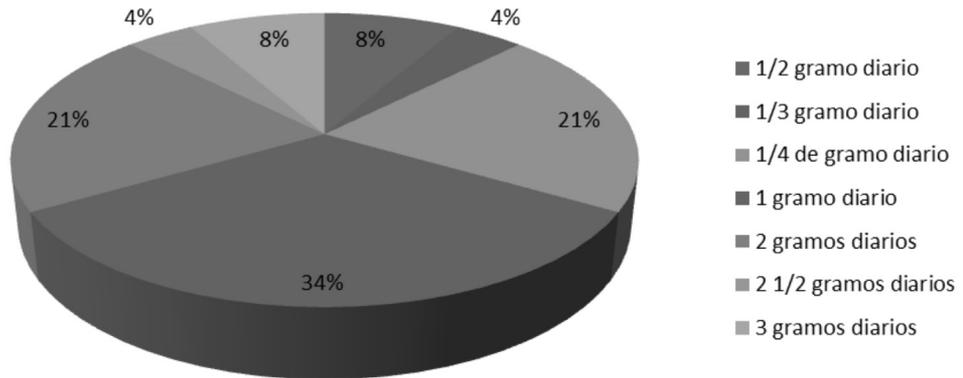


Figura 1 - Cantidad de consumo de heroína.
Figure 1 – Amount of heroin consumed.

entre \$10.000 y \$40.000 (US 5 a 21 dólares) diariamente. Sólo 04 de ellos aseveraron que invertirían más de \$40.000 (más de US 21 dólares) diarios para el consumo de la sustancia.

En lo referente a quién compra la heroína se observaba una continua preocupación del consumidor por la calidad del producto, de ahí que en su gran mayoría enfatizaran sobre la creación de grupos o redes de confianza conformadas por consumidores y “jíbaros”, que en buena medida contrarrestaran los riesgos de las “rebajadas”, las “mezclas” y los “cortes”, que van desde las intoxicaciones, pasando por la reducción de los efectos, hasta la posible muerte.

En relación con las facilidades para conseguir la heroína, aunque los entrevistados reconocen que esta sustancia es aún de acceso restringido, afirman que para los que ya están metidos en el consumo es fácil adquirirla. En 28 casos, los entrevistados compran la heroína a personas cercanas: amigos o personas de confianza. Esta proximidad les da seguridad sobre la calidad, disponibilidad, frecuencia e incluso les abre un margen de endeudamiento.

Por otro lado, 14 de los consumidores la compra a los “dealer” y los “jíbaros” cuya disponibilidad de 24 horas asegura la consecución de la droga. Dentro de estos existen dos modalidades; de un lado, el consumidor conoce el lugar de venta y se desplaza hasta

allí a comprarla; del otro, a través de una llamada a un teléfono móvil, en la cual el jíbaro o “dealer” que se mueve por toda la ciudad variando continuamente el sitio de encuentro, por seguridad, informa en qué lugar se encuentra o la lleva a domicilio. En la tabla 3, se resumen los patrones de consumo de heroína en Medellín.

Elementos utilizados en la administración de la heroína

En las prácticas de consumo de la heroína se utilizan elementos de acuerdo a la vía de consumo. Para inhalarla, un pitillo de gaseosa o una hoja de navaja o un carnet, para extraer la sustancia de la bolsita e introducir a la nariz.

Al ser inyectada se usa una bandeja de aluminio o cuchara o en su defecto la parte posterior de una lata o una tapa de envase, que pueda sostener un líquido, un encendedor para calentar la heroína, jeringas de insulina; agua destilada, agua corriente, alcohol o algún tipo de licor para disolver la droga; torniquete (una correa, cordones de zapatos o hacerse presión con las piernas) y en ocasiones algodón o el filtro de un cigarrillo.

La forma fumada requiere de papel de aluminio, un pitillo u hoja de papel o cartón enrollada y un encendedor (Tabla 4).

Tabla 3 - Descriptivo de patrones de consumo de heroína en Medellín (N = 42).**Table 3** – Patterns of heroin consumption in Medellín (N=42).

VARIABLE	RESULTADO
Vía de administración	Inhalada (24) - 57.1% Intravenosa (10) – 23.8% Alterna la vía inhalada y fumada (8) – 19.4%
Cantidad de consumo	0,25 grms/día = 21% (9) 0,5 -0,75 grms/día = 25% (11) 1,0 grms/día = 34% (14) 2,0 grms/día = 12% (5) Más de 2,0 grms/día = 8% (3)
Frecuencia de consumo	Vía inhalada – fumada = promedio C/2-3 horas Vía inyectada= promedio C/6-8 horas
Lugares del cuerpo para inyectarse	Brazo, muñecas y dorso del pie =23,8% (10)
Tipo de heroína	Blanca, brown sugar (café) y negra.
Con quien consumen	Acompañados (amigos, parejas, familiares, o desconocidos) = 61,9% (26) Solos = 38,1% (16)
Sitios donde consumen	Viviendas propias o de sus amigos (baños, habitaciones, cocina, sala de TV, biblioteca) Baños públicos Calles y parques Universidad (zonas verdes) Discotecas, bares Interior de vehículos Fincas Fiestas Habitación de hotel Casas de expendio de drogas (“ollas”)
Mezcla con otras drogas	Marihuana, cocaína, benzodiazepinas, tabaco, alcohol, basuco, metadona, LSD
Actividades que realizan mientras consumen	Escuchar música, ver TV, hacer ejercicio, dormir, ver películas, pintar, conducir vehículos, conversar, navegar en internet, escuchar radio, escribir, leer, tocar instrumentos musicales, jugar play station, jugar cartas y hacer el amor.

Rituales de consumo

Conocer los rituales asociados al consumo de drogas aporta elementos importantes para prevenir sobre todo la morbilidad relacionada con las vías de administración y el empleo de malas técnicas para el consumo.

En primer paso para el consumo de heroína de todos los consumidores es conseguir todos los implementos necesarios para dicha actividad, de acuerdo a la vía utilizada. Los detalles de los rituales del consumo se describen en la Tabla 5.

Lugares donde consumen

Los sitios utilizados para el consumo de heroína son diversos, haciéndolo tanto en lugares públicos como privados. Los baños, las viviendas donde residen o la de sus amigos, los parques públicos, las zonas verdes de las Universidades, las discotecas y bares, el interior de vehículos, las fiestas y las fincas.

Con quién consume heroína

Veintisiete de los pacientes entrevistados

Tabla 4 - Descriptivo de parafernalia asociada al consumo de heroína.*Table 4 – Paraphernalia associated with heroin consumption.*

Vía oral	Vía nasal	Vía intravenosa
Papel de aluminio, parte de abajo de un envase de cerveza o gaseosa en lata o papel brillante de cualquier envoltorio	Tarjeta o carnet, Compact Disc (CD)	Tira de tela, cordón de zapato, tira de un brasier, correa, calcetines, media velada, cualquier elemento de estos usado como torniquete
Pitillo, tubo, lapicero, billete enrollado o papel envuelto para absorber el humo	Pitillo delgado	Agua destilada, agua de la llave, licor o alcohol (previamente hervido)
Encendedor o fósforos	Llave, navaja, cuchilla o palita del cortaúñas, clip para papel	Cuchara metálica
		Jeringa de insulina
		Encendedor o fósforos
		Algodón o filtros de cigarrillo

Tabla 5 - Descriptivo de rituales para el consumo de heroína.*Table 5 – Rituals associated with heroin consumption*

Para inyectarse	Para inhalar	Para fumar
1. Diluir la heroína con agua (destilada o de la llave, o alcohol) en una cuchara metálica.	1. Picar la heroína en una superficie lisa y limpia con un carné o una cuchilla (ESTE PASO NO ES COSTUMBRE DE TODOS LOS ENTREVISTADOS).	1. Previamente, cuando el papel de aluminio está nuevo calentarlo bastante para que al quemarlo no salga mucho humo.
2. Calentar la mezcla para que la heroína se diluya totalmente (ESTE PASO NO ES COSTUMBRE DE TODOS LOS ENTREVISTADOS).		2. Poner la droga encima del papel de aluminio.
3. Poner la mezcla en la jeringa. En algunas ocasiones se coloca un pedacito de algodón o el filtro de un cigarrillo, con el fin de impedir que grumos tapen la aguja o se pasen impurezas a la jeringa.	2. Tomar una porción con un pitillo, hoja de una navaja, una esquina de un carnet o una llave e inhalar.	3. Calentar por debajo el papel de aluminio.
4. Sacar el aire de la jeringa.		4. Aspirar el humo con un tubo o un papel enrollado.
5. Poner el torniquete en la zona del cuerpo a inyectar.		
6. Pinchar la vena y dejar que salga un poco de sangre (que se combina con la mezcla de la jeringa) para corroborar que inyectó en el lugar correcto. Inyectar lentamente. En ocasiones se inyecta la sustancia e inmediatamente se vuelve a sacar – técnica del bombeo, esto produce una mayor sensación de placer.		

consumen con amigos y desarrollan prácticas grupales alrededor de la heroína. La mayoría de los consumidores atribuyen esta preferencia a que en el grupo se puede compartir el gasto de la compra de la dosis, mantener

rituales comunes y asimismo se puede obtener un respaldo frente al riesgo de una sobredosis. Algunos testimonios lo evidencian:

“Siempre era bueno consumirla acompañando porque usted sabe que es una droga

muy peligrosa donde de pronto el no saberla consumir de inmediato le puede causar una sobredosis y el estar acompañado le da más seguridad y si pasa algo va a estar el compañero que puede ayudarlo.” (Entrevista No. 4)

“Hay síntomas que nosotros les ponemos atención: nos miramos mucho los labios, si tiene los labios morados, le tocaba el corazón, pero la principal forma eran los labios, si tenía los labios morados es porque le dio un paro cardiorrespiratorio, inmediatamente pa'l hospital, eso hacíamos mucho, cuidarlos entre todos.” (Entrevista no. 32)

Por otro lado, dieciséis de los entrevistados coinciden en preferir el consumo en solitario, atribuyendo esta decisión a la necesidad de mantener el anonimato y la adicción en una esfera íntima, sin el riesgo de ser observado y juzgado por otros.

Nueve de los consumidores entrevistados consumían heroína con sus parejas como una forma de establecer el vínculo amoroso, cuidarse y experimentar relaciones sexuales placenteras.

“Tuve una novia que consumía conmigo. El ritual con ella era básicamente el mismo que hacía cuando estaba solo, pero con ella presente lo hacía sin ropa y colocábamos música y colocábamos películas... yo la inyectaba, ella me inyectaba y, nos acostábamos a pasar la traba, dormíamos sin ropa, nos abrazábamos, al principio teníamos relaciones sexuales más bien seguido pero con el tiempo, el interés se pierde.” (Entrevista No. 8)

Dos de los consumidores lo hacían con miembros de su familia (tíos, primos) y (2) consumían en lugares de expendio con personas desconocidas.

Del total de entrevistados (42), diez (23.8%) han utilizado la vida intravenosa y de éstos, seis (14%) han compartido jeringas y parafernalia (el agua, las tapas o cucharas para diluir la heroína, los algodones para filtrar la sustancia, etc.).

Mezclas de drogas por parte de los consumidores de heroína

Diferentes estudios epidemiológicos y

cualitativos sobre las características de los consumidores de heroína han mostrado que éstos son generalmente policonsumidores¹². En este trabajo se puede evidenciar una alta tendencia entre los usuarios de heroína entrevistados a mezclar drogas para lograr efectos distintos. En algunos casos los consumos se hacían al mismo tiempo en que se consumía la heroína y en otros en los lapsos entre un consumo y otro. Muchos de los casos de intoxicación y síntomas de sobredosis referidos por los consumidores se debieron a la mezcla de sustancias. Entre las drogas habitualmente combinadas por los consumidores se pueden enumerar:

- De los 42 consumidores de heroína, 16 la mezclaban con marihuana (llamado “cagaito”, “dulcecito”, “cooper”, “merco” o “nevado”). Respecto a esta mezcla, indagada la forma de consumir, manifiestan que la hacen en paralelo, pero cada sustancia es consumida aparte.
- Catorce de los entrevistados mezclan cocaína con heroína (llamado “speedball”, pronunciado por ellos como: “spilwold”, “espir”, “spirpool”, spik”, o también denominado “café con leche” – color característico de esta mezcla.
- La mezcla de Heroína con pastillas del tipo benzodiazepinas fue manifestada por ocho de los entrevistados.
- Heroína con cigarrillo, cinco consumidores, pero no se da cuenta en esta investigación si es en paralelo o la heroína es consumida mediante la técnica denominada: disparando un cañón antiaéreo” <<ackack>> (En esta técnica se hunde el extremo de un cigarrillo encendido en polvo de heroína; para evitar que la heroína se caiga, el sujeto debe fumar el cigarrillo inclinándolo la cabeza hacia atrás, de manera que el extremo del cigarrillo apunta hacia arriba, como un cañón antiaéreo en acción. Una variante de este procedimiento consiste en fumar cigarrillos que contengan heroína)
- Heroína con alcohol (licor), cuatro.
- Heroína con bazuco, heroína con Meta-

dona y heroína con ácidos (LSD): cada una con 1 cita.

Cuándo no consigue la heroína con que sustancia la reemplaza

Por la dependencia que produce la heroína y su consecuente síndrome de abstinencia cuando se suspende el consumo, los consumidores tienden a consumir otro tipo de sustancia para mitigar su malestar. Entre las sustancias consumidas por los 42 entrevistados cuando no podían tener la heroína se encuentran las siguientes mezclas: Rivotril (benzodicepinas) y marihuana; Rivotril, cocaína y licor; marihuana, cocaína y alcohol; tramadol, codeína, metadona y morfina (derivados opiáceos) y Rivotril, carbamazepina, akineton, hidroxicina. Es de anotar que ninguno de los medicamentos nombrados eran formulados por un médico, sino automedicados y muchos de ellos conseguidos en el mercado negro.

Actividades paralelas al consumo de heroína

En el análisis de las entrevistas emerge una gran cantidad de actividades que los consumidores desarrollan durante sus prácticas de consumo: la mayoría de ellos escucha música (entre los géneros preferidos está el rock, el reggaetón, la electrónica, el punk, la salsa, el reggae y el rap), ven televisión (algunos de ellos sin volumen), tienen relaciones sexuales, hacen ejercicio (caminar, patinar, jugar fútbol), dormir (porque la droga se manifiesta en la mayoría de ellos con somnolencia o relajación total), ver videos o películas, pintar (un paciente por ejemplo dice que durante su consumo aprovechaba las alucinaciones para dibujar escenas abstractas que aparecían en su mente), conducir vehículos (algunos manifiestan que les gustaba conducir moto o carro porque la sensación de velocidad se magnifica), conversar con el grupo con que compartían el consumo, navegar en internet, escuchar radio, escribir, leer, tocar instrumentos musicales, jugar videojuegos y cartas.

Discusión

En Colombia sólo existe un antecedente de investigaciones que indaguen sobre las características del consumo y los consumidores de heroína, realizada por Pérez Gomez¹⁴. Esta pesquisa de carácter cualitativo fue realizada mediante entrevistas a 96 consumidores de drogas de 07 ciudades de Colombia que asistían a Centros de tratamiento. De los 96 entrevistados, 21 eran consumidores de heroína. La investigación, aunque buscaba dar cuenta de las transiciones del consumo de drogas en el país, hizo una pregunta abierta indagando por las características de los consumidores de heroína y éstos fueron los resultados: Una mayoría considerable de las personas encuestadas “no sabe” qué características tienen los consumidores de heroína. El porcentaje restante de participantes basa sus opiniones fundamentalmente en las consecuencias que produce en el aspecto físico y en el síndrome de abstinencia generado por el consumo de heroína.

Con respecto a la vía de consumo, este mismo autor comenta que el consumo de heroína fumada es mucho más común que el de heroína inyectada; pero quienes fuman tienden a hacerlo de manera irregular e infrecuente, mientras que quienes se inyectan tienden a hacerlo diariamente⁽¹⁵⁾. En las fases iniciales, el consumo de heroína fumada se hace en grupos y se financia colectivamente, pero poco a poco se convierte en una conducta más solitaria (se evita compartir). En nuestro estudio la vía más frecuente de uso es la inhalada.

El mismo estudio dio cuenta de la transición del consumo de drogas hasta llegar a la heroína, mostrando una tendencia del paso de benzodicepinas a la heroína. Las proporciones de consumidores entre las distintas clases sociales reportó usadores en la clase media con una proporción de 1:3, mientras que en clase baja es de 1:8¹⁴. En nuestro estudio los consumos se daban con mayor presencia en los estratos medio.

La edad de inicio en el estudio de Pérez Gomez¹⁴, es de 16 años en las mujeres y de

21 en los hombres; por sexo, la proporción es de 1:10 en mujeres y de 1:35 en los hombres. En el nuestro la edad de inicio fue mayor; un 64% consumió heroína por primera vez después de los 18 años, aunque cerca de una tercera parte, el 36% (16), inició el consumo en la adolescencia (15 a 17 años). La proporción de mujeres en la pesquisa realizada por nosotros es mucho más alta, 08 mujeres de 42 sujetos, lo que podría explicarse porque la técnica utilizada fue la bola de nieve y los consumidores, los casos que refieren son sus propias parejas, las que se inician en el consumo de esta droga por presión de ellos¹⁵.

Los veintiún consumidores de heroína de este estudio tenían una larga historia previa de consumo de otras drogas, igual a nuestra encuesta. La heroína en todos ellos substituyó las demás sustancias. Esto también fue encontrado por nosotros. Entre las razones que adujeron los entrevistados para no inyectarse, son muy variadas, pero las más sobresalientes se relacionan con la generación de mayor dependencia, mayor riesgo de muerte, daño a la salud y temor a las agujas. Igual sucedió con nuestro estudio.

Sobre los perfiles sociodemográficos de los consumidores de heroína en nuestro país, no existen datos. Los únicos reportados hasta ahora son los presentados en este estudio, los cuales coinciden con los estudios realizados por Sánchez y Borjano¹², que en España encontró que los sujetos adictos a la heroína eran predominantemente varones, solteros, de unos 26 años, sin hijos; diferenciándose nuestra investigación por ser un poco más jóvenes (18 a 23 años) y con un grado de escolaridad mayor (88,3% con estudios de bachillerato y universitario), en tanto los participantes en la muestra española tenían mayoritariamente sus estudios primarios sin finalizar, aspecto éste que es confirmado por autores, quienes también reportan mayores prevalencias en poblaciones con baja formación académica^{12,16,17}. En relación con el estado civil, datos semejantes se encuentran en trabajos realizados por Amodiaet al.¹⁸, Marina¹⁹, Cervera Valderrama et al.²⁰ y San Narciso, Carreño et al.²¹.

Con respecto al sexo de los consumidores, Gutiérrez, Sáiz, García, Fernández, González, Fernández y Bobes²², encontraron en su estudio que los consumidores de heroína eran sobre todo hombres, entre los 25 y los 29 años, manteniéndose una relación por sexo de 85% hombres y 15% mujeres, muy similar a nuestra muestra en cuanto a sexo y a las que presentan la mayoría de autores^{18-21, 23-25}.

El consumo de heroína en mujeres, aunque de poca prevalencia, merece una mención por las implicaciones psicosociales y socioculturales que las diferencian. Orte²⁶ afirma que una de las razones para que haya menos mujeres consumidoras es que puede ser que los consumos más arriesgados o peligrosos son más atractivos para los varones, haciendo éstas últimas un mayor uso de drogas legales. El inicio del consumo en las mujeres también es distinto. En un trabajo etnográfico realizado por Meneses¹³, se observaron algunas diferencias: el consumo previo de otras drogas (el tabaco es común en todas, posteriormente el consumo de alcohol); para las mujeres la heroína era la primera droga ilegal consumida (los varones han consumido otras sustancias previamente), familiarización con la sustancia y el entorno, es decir, la persona ha observado el consumo en otras personas de su entorno (este período es más largo en mujeres que en hombres), en mujeres las vías de uso más comunes son la esnifada o fumada, son iniciadas por otra persona (posiblemente la pareja, los amigos, familiares), se financian su consumo con actividades menos delictivas y no suelen tener excesivos problemas para conseguir la heroína, pues muchas de ellas la consiguen con prostitución.

Según el género, las consecuencias de ser heroinómano no son iguales para varones y mujeres, ya que el estigma social es mayor en mujeres sobre todo por su rol de madres y esposas. Por su condición, las consecuencias son más problemáticas al estar relacionadas con su maternidad (al delegar la responsabilidad a terceros se les dificulta recuperar a los hijos, al igual que el reproche

de ellos por su ausencia), frente a una nueva relación afectiva (es difícil que un hombre les acepte un pasado de heroínmana, el ser posible portadora de SIDA), frente al mercado laboral (sea por falta de preparación profesional, falta de aspiraciones, su pasado, la estigmatización) y el deterioro de la salud caracterizado casi siempre por morbilidad genital como contagio de enfermedades de transmisión sexual, amenorrea, embarazos no deseados, abortos¹³.

En relación con la edad de inicio, llama la atención en nuestro estudio que el 36% de los consumidores se iniciaran antes de los 18 años, lo que tiene implicaciones importantes para la salud pública, por la posibilidad de desarrollar una mayor dependencia con el consecuente mayor deterioro bio-psico-social y un mayor riesgo de transición hacia la vía venosa con los riesgos asociados a las malas prácticas y el contagio de VIH/Sida y hepatitis B y C. La mayoría de consumidores de nuestra muestra iniciaron el consumo después de los 18 años, lo que coincide con el estudio de De la Fuente De Hoz et al.¹⁷.

De otro lado y con respecto a la forma cómo los consumidores nombran la heroína y los apelativos que usan para dar cuenta del consumo y los consumidores, es importante agregar que la “jerga” utilizada parece a veces ser universal. Esto seguramente es debido a la globalización de los medios de comunicación, sobre todo la internet, que permite fácil acceso a consultas, conformar grupos a través de redes sociales donde comparten sus experiencias, e incluso para proveerse de la sustancia. Caballo, es nombrada la heroína por algunos consumidores de nuestro estudio como la nombran en España, al igual que “chute”, para referirse a inyectarse y “yonqui” al sujeto que se inyecta²⁷. Los demás nombres de los que da cuenta nuestra pesquisa están muy relacionados con la descripción de la apariencia de la sustancia y las vías de administración. Otras denominaciones de la sustancia descritas por Álvarez y Farre²⁸ son: “smack” (“pasta”), “H” (así se le dice en Colombia), “skag” (“polvo blanco”), y “junk” (“lenguazo”), “mexicanblacktar” (“goma”),

“agua de primavera”, “caballo”, “Harry”, “león rojo” o “reina”.

En cuanto a las características de la heroína y teniendo en cuenta lo descrito por Stockley²⁹ y confirmado por Gómez³⁰, en relación con el color de esta sustancia y su grado de pureza podría afirmarse por los relatos obtenidos de los consumidores de heroína entrevistados en este trabajo, que en Medellín y Área Metropolitana se están consiguiendo los tres tipos de esta droga, heroína marrón, blanca y negra, con una mayor presencia de la marrón o *brown sugar*, las cuales están siendo producidas por los traficantes colombianos para llevarlas a los mercados ilegales internacionales; sin embargo, debido a las controles de la fuerza pública, ésta se queda muchas veces en el país y sale a los mercados locales.

La heroína denominada No. 3, conocida como *sugarbrown*, parece ser el tipo de la droga más común en el mercado mundial. Originalmente ha procedido del Triángulo de Oro conformado por Laos, el norte de Tailandia y el noroeste de Birmania, Su aspecto es terroso y granulado de color gris sucio, marrón, terracota o amarillo pálido, de textura parecida a la de yeso de construcción. Su contenido de heroína oscila entre el 25 y el 50% y está destinada generalmente a ser fumada. Este tipo de heroína, también producida en México y llamada Tecata, tiene una textura como de tierra granulada y reseca. Su color es chocolate en diversas tonalidades y se mercadea ordinariamente en la costa oeste norteamericana²⁹.

También hay referencias a la Heroína No. 4, conocida también con el nombre de tailandesa o China; es la más refinada y su contenido de heroína puede alcanzar el 90% antes que la sustancia sea manipulada. Es de color blanco crema o amarilloso, de consistencia fina y esponjosa. Su textura es la de la leche en polvo mezclada con algo de azúcar y se destina indistintamente a ser fumada o inyectada por vía intravenosa o subcutánea²⁹.

En la información obtenida hay mención a una heroína que Gómez³⁰ ha denominado “Black Tar”, un tipo muy común en

el mercado estadounidense, en especial en la costa oeste, con una apariencia similar a la brea o a las rocas de carbón, de un color café muy oscuro, casi negro. Esta heroína procedente de México tiene un proceso deficiente y burdo; es cortada – mezclada – con escarcha de harina de maíz, se vende para inyectar, pero también es adquirida por algunas bandas que la vuelven a refinar, hasta darle la apariencia de la asiática.

El tipo de heroína producida y que se consigue en el mercado tiene implicaciones importantes con respecto a la vía de administración y los consecuentes problemas. De la Fuente, Saavedra, Barrio, Royuela, Vicente, han confirmado esto en su estudio realizado en las ciudades de Madrid y Sevilla en España, donde en la primera parece que circula y se usa casi exclusivamente heroína base y por tanto se fuma, se aspira o se inyecta y en Barcelona predomina la heroína-clorhidrato, que no es apta para fumar y por tanto la vía preferida es la inyección³¹.

Dando cuenta de las vías de administración, en un trabajo realizado por Bravo y Colbs en España se encontró que la mayoría de los usuarios inició el uso de heroína generalmente por vía fumada en Sevilla (88.9%), Madrid (65.6%) y esnifada (46.6%) o fumada (39.7%) en Barcelona. El inicio por inyección fue raro (4%). La mayoría tardó menos de 6 meses entre el primer uso y el uso semanal. Al iniciarse el uso semanal la vía esnifada había perdido relevancia a favor de la inyectada en Barcelona y de la fumada en Madrid³². Estos hallazgos también fueron similares en nuestro estudio, a excepción del paso al consumo frecuente, entre el inicio y la frecuencia semanal que fue más corta, unos 04 meses; este aspecto es importante, ya que denota que los consumidores están llegando a la dependencia más tempranamente¹⁹. Finalmente y a decir de estos autores¹⁷ corroborando estudios previos realizados por De la Fuente, Barrio, Royuela, Bravo, la vía de uso de la heroína puede cambiar a lo largo de la carrera de un consumidor, y no siempre hacia la inyección (considerada la vía más eficiente en términos de efecto/coste)³³.

Muy ligado a la vía de administración y sobre todo de interés por la morbilidad que esto puede ocasionar, es importante dar cuenta de los sitios de inyección, siendo frecuente encontrar en la literatura que son los antebrazos, a nivel de pliegues del codo o el dorso de las manos³¹. Esto también ocurre en nuestro medio. Llama la atención sin embargo algunos otros sitios referidos por nuestros consumidores como el dorso de los pies, para ocultar las marcas dejadas por esta práctica.

Una gran parte de la bibliografía ha revisado los riesgos de las malas prácticas de inyección y la incidencia del VIH/sida³⁴, entre los consumidores de heroína. Junto con esta patología infecciosa, las hepatitis B y C también han sido uno de los temas más tratados entre este tipo de usuarios³⁵.

Ahora bien, aunque el sida y las hepatitis parecen haber dejado en un segundo plano otras infecciones, lo cierto es que los consumidores de drogas están en riesgo de adquirir una amplia variedad de patología infecciosa: infecciones cutáneas y de partes blandas, infecciones óseas y articulares, afectación ocular, infecciones intravasculares —especialmente endocarditis—, infecciones pulmonares con inclusión de la tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual y otras de menor relevancia, como el tétano, el botulismo y el paludismo, todas estas infecciones asociadas con la drogadicción parenteral³⁶.

Algunos estudios también han dado cuenta de los lugares donde los usuarios de estas drogas realizan el consumo. Conocerlos sirve para comprender los riesgos y consecuencias de prácticas relacionadas con la inyección, en cuanto a las condiciones de asepsia de los lugares donde se hace y la facilidad de acceder a agua para diluir la sustancia. Hacerlo en condiciones no óptimas puede representar la aparición de abscesos en los sitios de punción, septicemias y un sinnúmero de infecciones. En Madrid y Barcelona los lugares preferentes de uso de heroína eran las zonas de venta y uso masivo de drogas, seguidas de los alojamientos donde vivían y los espacios

abiertos (calles, plazas, parques, etc.). En cambio, en Sevilla apenas se consumía en zonas de venta y uso masivo, prefiriéndose los alojamientos, los espacios abiertos, y otros lugares¹⁷. Esta última parece ser la tendencia de los consumidores de Medellín y Área Metropolitana, recogida en nuestra investigación. Llama la atención este aspecto, pues cabe la pregunta por la presencia de los padres o familiares, que no se dan cuenta que hay consumo en sus propias viviendas.

Relacionado con los sitios de consumo, se han documentado también las sobredosis, aspecto éste que podrá tener relación con lo que se ha denominado tolerancia conductual que podría explicar algunas muertes súbitas en usuarios de heroína. Esta tolerancia se presentaría ante una cantidad de droga esperada pero no se presentaría ante la misma cantidad de droga no esperada, siendo esta diferencia entre droga esperada o no el condicionamiento ambiental³⁷. Ello explicaría la posibilidad de que algunas sobredosis aconteciesen ante la administración de drogas en un contexto inusual, bien por la ubicación física, bien por la compañía^{38,39}. Asimismo, consumir en zonas públicas estaría más asociado a padecer sobredosis, mortales o no, probablemente debido a la compra en escenas abiertas donde los vendedores son habitualmente desconocidos o cambiantes, siendo este detalle un factor de riesgo en sí mismo⁴⁰. Además, este consumo en escenas abiertas es más susceptible de ser objeto de intervenciones policiales, y el miedo a estas intervenciones hace que se consuma con más urgencia que cuando se hace en un lugar privado¹². De todos modos, también se ha visto que si el consumo es en un lugar público es más probable que la sobredosis sea atendida y no llegue a ser mortal⁴².

Otro hallazgo relevante es la presencia de mezclas de drogas entre los consumidores de este estudio, por los riesgos y consecuencia que esta práctica trae para la salud individual y colectiva. Lo encontrado por nosotros da cuenta de la presencia de múltiples sustancias que son consumidas en paralelo, lo cual no difiere de lo hallado

por otros investigadores. De la Fuente et al.¹⁷, encontraron referencias frecuentes a la mezcla de heroína y cocaína – *speedball*, tabaco, marihuana, alcohol e hipnosedantes. Los usuarios de heroína raramente consumen una sola sustancia. La práctica habitual es el consumo de varias drogas, sean depresoras o no del sistema nervioso central. El consumo combinado de dos o más sustancias depresoras a dosis sub-letales puede potenciar su efecto y producir la muerte por sobredosis; éste es el caso del consumo concomitante de heroína y alcohol o benzodicepinas^{38,43,44}. Mientras que el consumo concomitante de heroína y alcohol como causa de sobredosis parece incuestionable, no sucede así con el consumo de benzodicepinas y heroína, ya que los resultados son controvertidos^{38,41}.

En nuestro trabajo encontramos que existe desconocimiento entre los entrevistados sobre los riesgos y consecuencias de estas prácticas, muchas de ellas potenciadoras de los efectos depresores de la heroína (marihuana, benzodicepinas, alcohol, derivados opiáceos), lo que explicaría la referencia hecha por los consumidores con respecto a la presencia en ellos de signos y síntomas de intoxicación y sobredosis.

Finalmente y aunque no encontramos estudios para comparar nuestros hallazgos en relación con la realización de actividades paralelas y consumo, excepto las referencias a la accidentalidad entre los consumidores que se supone que conducen bajo efecto de la heroína, hecho que también fue corroborado en nuestro estudio y que obliga a intervenciones de control por parte de las autoridades, consideramos también pertinente dar cuenta de otras acciones cotidianas que hacen los entrevistados de esta pesquisa, cuando están bajo efectos de la droga, como oír música, ver televisión, hacer ejercicio, ver videos, dibujar, pintar, conversar, navegar en internet, escuchar radio, leer, escribir, tocar instrumentos musicales, jugar cartas de baraja, lo cual da cuenta de la “normalidad” y “funcionalidad” de estos consumidores, aspecto este dado quizás por el poco tiempo que llevan en esta actividad,

pues son innegables los deterioros a nivel cognitivo, emocional y social a los que lleva el uso de esta sustancia.

Limitaciones y conclusiones

Este estudio representa solamente una pequeña muestra de los consumidores de Medellín y área metropolitana, debiéndose realizar en muestras más grandes para poder reconfirmar estos resultados. Igualmente los datos no se pueden extrapolar en su totalidad a otras regiones de Colombia, porque las características del consumo y los consumidores suelen cambiar en un mismo país, pues esto ya ha sido

demostrado en otras investigaciones³².

Con la investigación se prueba la hipótesis de la similitud que tienen los consumos y los consumidores de heroína de la ciudad de Medellín con la de otros países y se llama la atención sobre la importancia de conocer los patrones de consumo, las costumbres, rituales, vías de administración y características de los consumidores como un elemento valioso para prevenir las posibles consecuencias, reducir el impacto en la salud pública y adelantarse a una epidemia que ya ha diezmando otras poblaciones de toxicómanos, como la española, donde prácticamente todos los inyectores de heroína se infectaron con VIH y virus de hepatitis^{32,45,46}.

Referencias

1. UNODC. *Informe Mundial sobre Drogas*; 2010. Disponible en http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2010/EXECUTIVE_SUMMARY_-SP.pdf. [Consulta el 10 junio de 2011]
2. CICAD. Informe de la 46ª sesión de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de las Drogas. *Situación del consumo de drogas en el hemisferio: principales desafíos*; 2009. Disponible en <http://www.cicad.oas.org/apps/Document.aspx?Id=918> [Consulta el 10 julio de 2010]
3. República de Colombia. Ministerio de Salud, Santa Fe de Bogotá. *I Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Bogotá; 1992.
4. Ministerio de Salud de Colombia. *Segundo Estudio Nacional de salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas*. Versión preliminar. Santa Fe de Bogotá: Oficina de Comunicaciones; 1998.
5. Comisión Nacional de Investigación en Drogas. Encuesta Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en jóvenes de 10 a 24 años; 2001. Disponible en: http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5N306_consumodrogas.pdf [Consulta el 22 Mar 2008]
6. Estudio Nacional sobre Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia. Ministerio de la Protección Social, Dirección Nacional de Estupefacientes; 2008. Disponible en <http://odc.dne.gov.co/IMG/pdf/20.pdf> [Consulta 25 Mar 2009]
7. Gómez FM. La heroína. Dependencia de Opiáceos. En: Instituto de Investigación en Ciencias Sociales (ACIPAIS) (Eds). *Curso Master/Experto en Drogodependencias y SIDA* 1994; II(6): 3-123.
8. Roca V, Ladero JM (Eds.). Opiáceos. Complicaciones orgánicas de la dependencia a opiáceos. En: *Drogodependencias. Farmacología, Patología, Psicología y Legislación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 1998.
9. Giner F, Sancho A, Castellano M, Pérez L, Mateu M. Opiáceos, Médicos y heroínómanos. En: *Trastornos adictivos. Drogodependencias. Clínica y tratamientos psicobiológicos*. Generalitat de Valencia: España; 2001.
10. Madden J. *Alcoholismo y farmacodependencia*. México: Editorial el Manual Moderno; 1986.
11. Orte C. Elementos para la construcción de un modelo predictivo en la conducta adictiva. En M.F Martínez-Gª. *Psicología Comunitaria*. Madrid: Edema; 1993. p. 333-42.
12. Sánchez H, Borjano P. Características de personalidad en sujetos drogodependientes. Comunidad Terapéutica «Balsa Blanca» (Valencia) y Facultad de Psicología de Valencia; 1996. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/44.pdf> [Consulta el 3 de febrero de 2008]
13. Meneses-Falcón C. Mujer y heroína. *Proyecto hombre* 1997; 23: 10-15.
14. Pérez-Gomez A. *Transiciones en el consumo de drogas en Colombia*. Dirección Nacional de Estupefacientes. República de Colombia. Dupligráficas Ltda. Bogotá; 2007
15. Castaño GA, Calderon GA. Comorbilidad asociada en un grupo de consumidores de heroína de Medellín. *Rev Col Psiqui* 2010; 39(S1): 93-111.
16. Olmos-Espinosa R, Madoz-Gúrpide A, Ochoa E. Situación al año de los adictos a opiáceos que siguieron tratamiento ambulatorio tras desintoxicación hospitalaria. *Adicciones* 2001; 13(2): 173- 8.

17. De la Fuente De Hoz L, Brugal Puig MT, Ballesta Gomez R, Bravo Portela MJ, Barrio Anta G, Domingo Salvany A et al. Grupo de Proyecto ITINERE. Metodología del estudio de cohortes del proyecto ITINERE sobre consumidores de heroína, en tres ciudades Españolas y características básicas de los participantes. *Revista Especializada de Salud Pública* 2005; 4(79): 475-91.
18. Amodia Díez R. *Epidemiología de las toxicomanías en la Red de Salud Mental de Asturias (1980-1989)*. Cuadernos Asturianos de Salud. Oviedo: Servicio de Publicaciones del Principado de Asturias; 1992.
19. Marina P. Adictos a la heroína en Asturias. Un estudio de seguimiento. En: Bobs J, González- Quiroz P, González MP (Eds). *30 Años de alcohol y otras drogas en Asturias*. Oviedo: Gofers; 1996.
20. Cervera G, Valderrama JC, Bolinches F. Pauta de desintoxicación frente a estabilización y mantenimiento con metadona en adictos a opiáceos con trastorno de personalidad. *Psiquiatr Biol* 1997; 4(5): 181-6.
21. San Narciso GI, Carreño JE, Pérez SF. Evolución de los trastornos de personalidad evaluados mediante el IPDE en una muestra de pacientes heroínómanos en tratamiento con naltrexona. *Adicciones* 1998; 10(1): 7-22.
22. Gutierrez E, Sáiz PA, García N, Fernández P, González MP, Fernández JJ, Bobes J. Evolución de la gravedad de la adicción a los dos años de tratamiento en pacientes heroínómanos. *Adicciones* 2001; 13(1): 51-60.
23. Comas D, Carrón J, Hernández MI. Metodología de los estudios de seguimiento. Resultados de una investigación. *Adicciones* 1992; 4(2): 111-26.
24. Ruíz R, Casete L, Carrera IH. Estudio preliminar sobre la incidencia y valor pronóstico del codiagnóstico psiquiátrico en usuarios de una Comunidad Terapéutica. Libro de Actas de las XXIII Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol. Oviedo; 1996. p. 591-6.
25. Gutiérrez E, Sáez P, González MP, Fernández JJ, Iglesias C, Bobes J. Definición del perfil de buen respondedor a los programas de mantenimiento con Naltrexona. *Adicciones* 1998; 10(4): 321-33.
26. Orte C. La detección precoz del consumidor de drogas en la escuela: los factores individuales. En: *Jornadas Nacionales de Socidrogalcohol*. Bilbao; 1994.
27. Leon V. *Diccionario de Argot español*. Madrid: Alianza; 1988.
28. Álvarez Y, Farré M. Farmacología de los opioides. En: Monográfico Opiáceos. *Adicciones* 2005; 17(S2): 21-40. Fernández Miranda JJ, Torres Melich M. Valencia. Socidrogalcohol. [Rever esta referencia]
29. Stockley D. *Drogas*. Bilbao: EdexKolektiboa; 1995.
30. Gómez, L. Cartel, historia de la droga. Santa Fe de Bogotá: Grupo Editorial Investigación y Concepto. *Rev Ciênc Saúde Coletiva* 1991: [Falta insertar número da revista e números de páginas]
31. De la Fuente L, Saavedra P, Barrio G, Royuela L, Vicente J. Spanish group for the study of the purity of size drugs. Temporal and geographic variations in the characteristics of heroin seized in Spain and their relation with the route administration. *Drug Alcohol Depend* 1996; 40: 185-94.
32. Bravo MJ, Royuela L, Barrio G, Rodríguez-Arenas MA, de la Fuente L. Prevalencia de prácticas indirectas de compartir material para inyectarse drogas en Galicia, Madrid, Sevilla y Valencia. *Gac Sanit* 2004; 18: 472-8.
33. De la Fuente L, Barrio G, Royuela L, Bravo MJ. The transition from injecting to smoking heroin in three Spanish cities. The Spanish group for the study of the route heroin administration. *Addiction* 1997; 92: 1749-63
34. Pedreira JD, Castro A. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *Adicciones* 2006; 18(S1): 93-113.
35. Castro A, López S, Pedreira JD. Hepatitis víricas en usuarios de drogas. *Adicciones* 2006; 18(S1): 115-36.
36. Morano LE, Vázquez O. Patología orgánica en adicciones: otras infecciones asociadas al consumo de drogas. *Adicciones* 2006; 18(S1): 137-59.
37. Bernalov AY, Zvartau EE, Beardsley PM. Opioid-NMDA receptor interactions may clarify conditioned (associative) components of opioid analgesic tolerance. *Neurosci Biobehav Rev* 2001; 25: 343-53.
38. Gutierrez-Cebollada J, de la TR, Ortuno J, Garces JM, Camí J. Psychotropic drug consumption and other factors associated with heroin overdose. *Drug Alcohol Depend* 1994; 35: 169-74.
39. Dietze P, Jolley D, Fry C, Bammer G. Transient changes in behavior lead to heroin overdose: results from a case-crossover study of non-fatal overdose. *Addiction* 2005; 100: 636-42.
40. Klee H, Morris J. Factors that characterize street injectors. *Addiction* 1995; 90: 837-41.
41. Darke S, Zador D. Fatal heroin "overdose": a review. *Addiction* 1996; 91: 1765-72.
42. Darke S, Ross J, Hall W. Overdose among heroin users in Sydney, Australia: II. Responses to overdose. *Addiction* 1996; 91: 413-7.
43. Gossop M, Stewart D, Treacy S, Marsden J. A prospective study of mortality among drug misusers during a 4-year period after seeking treatment. *Addiction* 2002; 97: 39-47.
44. Darke S, Ross J, Zador D, Sunjic S. Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996. *Drug Alcohol Depend* 2000; 60: 141-50.
45. García López A, Ezquiaga E. Estudio descriptivo de 433 pacientes que acudieron a un centro de salud mental. *Adicciones* 1991; 3(2): 167-80.
46. Urrea A. *Estudio descriptivo de pacientes que inician tratamiento en un P.M.M* [tesis]. Valencia: Universidad de Valencia; 1992.

Recebido em: 19/05/11

Versão final apresentada em: 01/03/12

Aprovado em: 31/05/12