



Heroína: Consumo, tratamiento y su relación con el microtráfico en Bogotá y Medellín

**Augusto Pérez Gómez, Ph.D.
Corporación Nuevos Rumbos**

Estudio desarrollado en el marco del Convenio suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito

ISBN: 978-958-8361-95-6

Autor Institucional: Ministerio de la
Protección Social

Año de la publicación 2010

Bogotá, Octubre de 2010

© Derechos Reservados

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este documento, por cualquier medio escrito o visual sin previa autorización del autor.

Este estudio hace parte del desarrollo del eje operativo de Mejoramiento de la Capacidad de Respuesta de la Política y el Plan Nacional para la Reducción del Consumo de SPA 2009-2010, se desarrolló en el marco del Convenio 205 suscrito entre el MPS y UNODC y fue ejecutado por la Corporación Nuevos Rumbos en el año 2009.

Las opiniones y discusiones en torno a este estudio y sus resultados son responsabilidad exclusiva de los investigadores y de la Corporación Nuevos Rumbos; por lo tanto, no constituyen posiciones formales ni comprometen la visión del Ministerio de la Protección Social o de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, UNODC.



Libertad y Orden

Ministerio de la Protección Social
República de Colombia

**MAURICIO SANTAMARÍA
SALAMANCA**

Ministro de la Protección Social

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

GERARDO LUBÍN BURGOS BERNAL

Secretario General

**LENIS ENRIQUE URQUIJO
VELÁSQUEZ**

Director General de Salud Pública

ALDEMAR PARRA ESPITIA

Responsable del Grupo de Salud Mental y
Drogas, Interventor



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito



ALDO LALE-DEMOZ

Representante

MARÍA MERCEDES DUEÑAS

Coordinadora Área de Reducción
de la Demanda

CONVENIO MPS - UNODC

INÉS ELVIRA MEJÍA MOTTA

Asesora Unidad de Gestión
Política Nacional para la Reducción
del Consumo de SPA y su Impacto

AUGUSTO PÉREZ GÓMEZ, Ph.D.

Director del Proyecto

**ORLANDO SCOPPETTA DÍAZ-
GRANADOS**

Coordinador y Supervisor Metodológico

MARCELA CORREA MUÑOZ

Asistente del Director

PAULA CASTILLO

Asistente de Investigación

ORLANDO GARAY








Asistente de Investigación

CÉSAR PINZÓN




Asistente de Investigación

CONTENIDO



 PRESENTACIÓN	7
 AGRADECIMIENTOS	9
 1. Introducción	11
 2. Objetivo General	14
 3. Objetivos Específicos	14
 4. Método y procedimiento	14
 5. Resultados	16
a. Instituciones públicas y privadas de Bogotá y Medellín	16
i. Bogotá	16
ii. Medellín	18
b. Resultados de las entrevistas a usuarios de heroína	20
1. Perfil de los consumidores de heroína	20
2. Entorno familiar	23
3. Entorno social	26
4. Historia delincencial	27



5. Historia de consumo de spa	27
6. Historia de consumo de heroína	30
7. Vías de administración	32
8. Frecuencias y Dosis	34
9. Razones del consumo de heroína	35
10. Tratamientos	35
11. Atención médica por sobredosis	36
12. Atención después de la emergencia	36
13. Fallas en los servicios de atención	37
14. Sugerencias para mejorar los servicios de atención	37
15. Tratamiento por consumo de heroína	38
16. Microtráfico	38
17. Otros hallazgos	44
 Conclusiones y recomendaciones	45
 Anexos	51
Anexo 1: Cuestionario para los directores de instituciones clínicas de Bogotá y Medellín en donde se ofrezca asistencia a consumidores de heroína	51
Anexo 2: Entrevista a consumidores de heroína	54
Anexo 3: Síntesis de tres entrevistas realizadas en Bogotá	55
 Referencias	63

PRESENTACIÓN



Este estudio forma parte de una serie de investigaciones que el Ministerio de la Protección Social y la UNODC vienen apoyando, con el fin de avanzar en la comprensión de una realidad emergente como lo es el consumo de heroína y otros consumos de alto riesgo.

Para desarrollar acciones informadas y mejorar la capacidad resolutive y técnica son necesarios estudios epidemiológicos que se complementen y profundicen con aproximaciones cualitativas a la realidad, ello permite informar de manera más eficaz, detallada y precisa las intervenciones y los contenidos de las acciones promocionales, preventivas y educativas.

Este estudio, desarrollado por la Corporación Nuevos Rumbos, nos permite reconocer que tal como lo venían mostrando estudios anteriores, la heroína ocupa hoy un lugar importante en los patrones de uso de sustancias psicoactivas en Colombia, y se está instalando de manera que conllevan altos costos e impacto a la salud pública, dada la frecuencia con la que se presentan sobredosis, intoxicaciones y conductas de riesgo que pueden incrementar la incidencia de infecciones como el VIH o las Hepatitis Virales.

Si bien este estudio no representa la realidad global del país frente a este fenómeno, es un primer paso hacia su caracterización, a ser complementada con esfuerzos investigativos adicionales. Además de explorar con mayor profundidad esta realidad, este estudio, con testimonios de primera mano y dando voz a quienes se ven directamente afectados por esta dependencia, invita a atender con mayor idoneidad y oportunidad a los consumidores y sus familias, a mejorar la calidad de la atención en urgencias, la precisión del registro y reporte de los eventos asociados y en general la calidad e integralidad de la atención y el tratamiento de esta problemática emergente en nuestro país. Así mismo, invita a avanzar en el desarrollo de acciones educativas y preventivas focalizadas a los grupos que parecen presentar una mayor vulnerabilidad a este tipo de consumo.



Que sea esta la oportunidad para reiterar el compromiso de este Ministerio en el mejoramiento de la capacidad de respuesta nacional y territorial frente al consumo de sustancias psicoactivas en general y frente a los consumos de alto impacto en particular, y convocar a todos los actores territoriales y del sistema para que nos acompañen de manera decidida en este empeño y en el respaldo al Plan de Respuesta frente al Consumo Emergente de Heroína que este Ministerio ha venido impulsando y que espera consolidar en el próximo cuatrienio.

BEATRIZ LONDOÑO SOTO

Viceministra de Salud y Bienestar

AGRADECIMIENTOS



La Corporación Nuevos Rumbos quiere expresar sus agradecimientos a todas las instituciones que colaboraron en la ejecución de este proyecto:

En Medellín: Hospital General de Medellín Luz Castro de Gutiérrez; Clínica Las Américas; Centro de Rehabilitación El Hermano; CARISMA; SAMEIN; Fundación La Luz; REMAR; Hogares Claret; Clínica Las Américas; Descubrir; Centro CITA; FFARO.

En Bogotá: Fundación Génesis; CAD San Rafael; NARCONON; Fundación Nuevo Rumbo; SIQUEM Centro de Adicciones; Fundación El Pacto; Fundación Libérate y FUNDAR.

También se extienden los agradecimientos a los doctores Guillermo Castaño y Hugo Gallego, de Medellín; Henry Alejo, de la Secretaría Distrital de Salud e Inés Elvira Mejía, del Ministerio de la Protección Social, por su apoyo y por la información que nos brindaron.

Al equipo de investigación: Marcela Correa, Paula Castillo y Liliana González, por su participación en todo el proceso; Orlando Scoppetta, por la supervisión del proceso; Orlando Garay, Leonardo Aja y César Pinzón, por su trabajo en la recolección de información.

Y muy especialmente, a los hombres y mujeres que aceptaron contestar nuestras preguntas sobre su vida y sobre su consumo de heroína.

A.P.G.



1. Introducción

Aun cuando el opio y sus derivados aparecen en los registros históricos desde hace más de 5.000 años, es solamente en el siglo XIX que su uso se transforma en un problema de salud pública que afecta gravemente a la China y a varios países de Europa. En el siglo XX, especialmente después de la Segunda Guerra Mundial el consumo de heroína (diacetylmorfina) afecta muy seriamente a la mayor parte de los países de Europa Occidental y Central, así como a algunos países asiáticos como Myanmar (antigua Birmania), Tailandia y Vietnam; y a partir de la década de los 80s adquiere su forma más grave al asociarse estrechamente con la epidemia del VIH/Sida.

En la actualidad hay cerca de 11 millones de personas adictas en el mundo (UNODC, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010). Esta cifra se ha mantenido realmente estable con una leve tendencia al aumento en Europa Oriental, Asia Central y en algunos países de África.

América Latina no ha presentado serios problemas con estas sustancias, exceptuando pequeños focos en Brasil y en Argentina; Colombia no ha sido tradicionalmente un país con un problema epidemiológicamente relevante en lo que a consumo de heroína y de opiáceos se refiere; fue solamente en la década de 1990 que empezaron a presentarse casos aislados de consumo de heroína, frecuentemente asociados a ciudadanos extranjeros o a colombianos que habían residido recientemente en esos países (Mejía, 2003; Mejía y Pérez, 2005). Pero la aparición de cultivos de amapola y la producción de heroína de muy alta calidad cambiaron la situación. Hacia finales de la década de 1990 Colombia ya tenía una firme producción de amapola, alrededor de 7.000 hectáreas, y parte del opio que era extraído de ellas se quedó en el país y fue transformado en heroína, que empezó a distribuirse localmente con altísimos grados de pureza (hasta el 90%) y a unos precios insignificantes comparados con los de los países industrializados (entre 10 y 15 dólares el gramo de heroína de alta pureza en Bogotá versus entre 10 y 20 libras esterlinas –16 a 30 dólares– el gramo de 6% de pureza en Londres).

Desde 1996 se empezó a registrar en los estudios nacionales (encuestas DNE) un cierto número de casos de personas que parecían estar usando esta sustancia; al lado de ellas, era posible identificar también otro grupo de individuos que estaba consumiendo de manera legal o ilegal medicamentos derivados del opio. En las encuestas sucesivas (Rumbos, 2001 y MPS/CICAD, 2004) ese número de



usuarios aumentó. En el año 2005 se registró en ciudades como Bogotá, Cúcuta, y Medellín un elevado número de casos de sobredosis e incluso de muertes asociadas con el uso de heroína, casos que fueron ampliamente comentados en los medios de comunicación.

Actualmente se está presentando un fenómeno peculiar en Armenia (Quindío) y en Santander de Quilichao (Valle del Cauca): las autoridades han encontrado que las dosis callejeras cuestan menos de \$2.000 (aun cuando no se sabe bien de qué nivel de pureza). La tradicional repulsión por las inyecciones en América Latina, el estigma asociado a los inyectores (Mejía y Pérez, 2005), más la alta pureza de la sustancia, explican por qué los primeros usuarios de heroína en el país la consumían, fundamentalmente, en forma fumada; pero como es natural, quienes desarrollan una dependencia descubren rápidamente que con la misma cantidad con la que hacen una dosis fumada pueden hacer entre 8 y 10 dosis inyectables. La comparación de los datos de Rumbos (2002) con los del estudio del Ministerio de la Protección Social y la CICAD de 2004, muestra una tendencia al aumento de 1.1% a 1.3% entre los jóvenes menores de 24 años.

El reciente Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 (publicado en junio de 2009) presenta un índice muy bajo de consumo de heroína; sin embargo, subraya que "debido a las características del consumo de heroína, altamente clandestino e individualizado, y la extensión/cobertura del estudio (población general en hogares), el panorama encontrado quizás dista mucho de la dimensión real de la problemática asociada" (p.102). En efecto, hay buenas razones para creer que el problema es muy diferente al que presenta la encuesta: hay un número muy elevado de pacientes en tratamiento o solicitando tratamiento en ciudades como Armenia, Pereira, Medellín, Cali y Cúcuta, e incluso recientemente en una pequeña localidad como Santander de Quilichao.

Todo lleva entonces a pensar que existe una probabilidad elevada de que el número de consumidores de heroína siga aumentando. Con el fin de poder hacer una serie de recomendaciones específicas sobre medidas sanitarias a seguir, que incluyen desde las estrategias preventivas hasta las de reducción de daño, es imprescindible conocer con mayor precisión lo que está ocurriendo.

Hasta el año 2003 el número de emergencias hospitalarias asociadas a consumo de heroína eran muy bajas, pero en el año 2005 la situación cambió por completo (ver Tabla 1).



Tabla 1

Número de solicitudes de atención por consumo de heroína

	2004	2005	2006
Bogotá	10	4	1
Cúcuta		92	35
Medellín		34	11
Cali		1	
Quindío		26	18
Pereira		8	12
Risaralda			42

(Información obtenida de Secretarías de Salud y de varios centros de tratamiento).

Después de 2006 no ha sido posible encontrar datos oficiales sobre esto. Pero es conocido que instituciones como CARISMA, en Medellín, tienen una larga lista de espera para tratamiento, de las cuales un porcentaje importante son usuarios de heroína. Por su parte, el Hospital Mental de Filandia (Quindío) tuvo 206 solicitudes de tratamiento por consumo de heroína entre septiembre de 2008 y septiembre de 2009 (Cano, 2009).

Puede decirse que Colombia no está preparada para hacerle frente a un aumento notable del consumo de heroína y mucho menos a las consecuencias médico-sociales que pueden derivarse de ello. Los centros con capacidad para asumir el tratamiento de personas con este tipo de problema son mínimos; la disponibilidad de Metadona y Naloxona es ínfima y de Buprenorfina, Suboxone y Naltrexona, nula; y el número de personas capacitadas para llevar a cabo tratamientos de largo término es limitado.

De igual forma, la producción de heroína en zonas como Tolima, el Huila y el Catatumbo, muestra una asociación directa con el consumo preocupante de la sustancia en estas zonas del país, lo cual requiere de la atención gubernamental para evitar que se creen redes de consumo y microtráfico de heroína; las diversas instituciones que trabajan en tratamiento del consumo de drogas ya hacen referencia al número inusual de solicitudes de tratamiento para heroínómanos, y a la carencia de conocimientos para su abordaje.



2. Objetivo General

Contribuir a la Identificación del estado actual del consumo y de la atención ofrecida a consumidores de heroína en Bogotá y Medellín, así como las dinámicas del consumo y la caracterización de los consumidores.

3. Objetivos Específicos

1. Examinar los datos de los principales centros estatales y privados de tratamiento en Bogotá y Medellín, indagando sobre el número de pacientes tratados por consumo de heroína en los últimos cinco años.
2. Describir las dinámicas del consumo de heroína, en términos de los escenarios y las circunstancias sociales en que se inicia y se mantiene.
3. Identificar el perfil psicosocial de los consumidores, así como las percepciones e imaginarios alrededor de la sustancia y su consumo.
4. Desarrollar un mapa de riesgos relacionados con el microtráfico en las dos ciudades seleccionadas.
5. Describir las características del microtráfico de heroína en Bogotá y Medellín.
6. Analizar cómo es el manejo hospitalario y poshospitalario de los pacientes atendidos por emergencias relacionadas con heroína.

4. Método y Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo utilizando una estrategia multimétodo en la cual se integran técnicas cualitativas y cuantitativas de aproximación a la realidad social; con ello se intenta conseguir datos confiables y válidos sobre lo que está ocurriendo en las dos principales ciudades del país. Esta investigación se desarrolló en seis etapas, distribuidas así:

Etapa I: A partir de la construcción del marco teórico, se diseñaron los instrumentos para la recolección de la información (ejes semiestructurados de las entrevistas con usuarios de heroína [anexo 2] y una encuesta estructurada para los directores de instituciones que atienden consumidores de heroína [anexo 1]). Se iniciaron paralelamente los contactos con las instituciones que se vincularon al proyecto, así como la solicitud, en esas mismas instituciones, de participantes voluntarios.





Etapa II: Se inició el proceso de recolección de información teniendo en cuenta los siguientes grupos de participantes:

1. Directores de instituciones públicas (hospitales) que reportaron recepción de pacientes consumidores de heroína.
2. Pacientes en tratamiento en el momento de la visita, que consumían heroína.

Cabe aclarar que el número de instituciones contactadas vía telefónica, luego del primer filtro una vez se actualizaron los datos de la base, fue de 65 aproximadamente, a partir de lo cual se elaboró un registro detallado con las respuestas obtenidas en cada una de dichas instituciones.

De todas estas visitas se puede resaltar que el número de consultas por consumo de heroína ha aumentado a través de los años, que las instituciones no cuentan con un programa diferenciado de tratamiento en especial para heroínómanos y que el porcentaje de recaídas es bastante alto.

Etapa III: Procesamiento y análisis de la información. Los datos de las encuestas a representantes de entidades hospitalarias se analizaron sin necesidad de recurrir a paquetes estadísticos, pues el volumen de información no lo justificaba. Los datos de las entrevistas a usuarios de heroína se analizaron a través de diferentes matrices, construidas *ad hoc* para este proyecto, con el programa NQR-6 para datos cualitativos. El procedimiento consiste en construir categorías que corresponden a formas de agrupación de la información que se desea obtener (directamente asociadas a los ejes temáticos de la entrevista), y en introducir en el programa las transcripciones exactas de las entrevistas.

Etapa IV: Se llevó a cabo un proceso de triangulaciones y contrastaciones de lo cuantitativo y lo cualitativo, que generaron el documento final del proceso de investigación.

Etapa V: Los resultados se analizaron de forma individual para cada ciudad, y también de manera consolidada.

Etapa VI: Publicación de los resultados.



5. Resultados

a. Instituciones públicas y privadas de Bogotá y Medellín

i. Bogotá

En este estudio se consideraron 20 hospitales públicos, de los cuales ocho no respondieron a la invitación repetida de participar, o no atendían casos relacionados con heroína. Los resultados del cuestionario presentado a los directores fueron los siguientes:

Urgencias

Solo cinco hospitales dan alguna información sobre atención a emergencias por consumo de drogas, y solo Santa Clara y Engativá se refieren específicamente a sobredosis de heroína, siendo más numerosos los casos en Engativá, en donde se observa un incremento lento pero continuo en el número de casos atendidos (10 en 2004, 17 en 2009). Cinco hospitales tienen protocolos de asistencia médica para los casos de heroína.

En cuanto al perfil de los pacientes, las respuestas tendieron a ser muy poco específicas, pero la mayoría afirma que se trata de hombres jóvenes, entre 20 y 30 años, de niveles socioeconómicos bajos o medio. Los pacientes son descritos como personas en malas condiciones, demacrados, llevados por la Policía que los encontró en la vía, o que llegan solos. Solo cinco de los 12 hospitales tenían información.

Únicamente cuatro hospitales dicen tener personal médico entrenado para afrontar sobredosis de heroína; los demás no saben o no responden. Siete hospitales afirman que, una vez atendida la emergencia, los pacientes son valorados por interconsulta o remitidos a otra institución.

Tres hospitales reportan muertes por sobredosis. Siete de los 12 hospitales conocen otras instituciones de la ciudad donde pueden atender estos casos.

Tratamiento

De las instituciones estatales solo el Hospital Santa Clara ofrece tratamiento, pues tiene un CAD con 40 cupos residenciales y 30 ambulatorios; no hay lista



de espera y hasta el momento no han tenido necesidad de remitir pacientes a otras instituciones. El CAD en la modalidad residencial, recibe hombres entre 18 y 39 años, con una edad promedio de 26 años, caracterizados como población especial (habitantes de calle, desplazados, reinsertados) o registrados en régimen subsidiado. En su mayoría han tenido tratamientos previos. Hubo cuatro casos de heroína en 2009. No es posible tener información estadística debido a que antes no había especificidad en el diagnóstico y la mayoría de los cuadros se catalogaban como cuadros de abstinencia a múltiples sustancias. A partir del mes de abril de 2009 se ha iniciado un diagnóstico diferencial más preciso.

Los pacientes llegan, en su mayoría, en estado de desnutrición, con carencia de rutinas y hábitos de autocuidado; pérdida de interés y bajos niveles motivacionales, pobre conciencia de enfermedad lo cual interfiere con el proceso de adherencia al tratamiento.

Se realiza seguimiento telefónico luego de un mes de la fecha de salida para verificar si se mantiene libre de consumo. A los dos meses, se le hace un nuevo seguimiento telefónico. En caso de recaída, se le motiva para reingresar al programa. En el momento se encuentran reorganizando las bases de datos y estadísticas que permitan medir la efectividad del programa, por el momento no saben qué proporción de los pacientes recae.

En lo que concierne a las instituciones privadas (ocho en total), reciben entre uno y cuatro casos por año; la capacidad técnica es muy variable: en algunas requieren que la persona ya haya pasado por una desintoxicación, y en otras hacen valoración médica, psiquiátrica y los tratan con equilid, metadona o clonidina; en otra solo tienen sauna y vitaminas; y en otra más, nada especial. La mayoría no son específicos en cuanto al número de cupos destinados a heroínómanos, sino que mencionan la capacidad total, que varía entre 15 y 20; los que sí mencionan número de cupos para heroína mencionan entre uno y cuatro. Ninguno tiene lista de espera porque no llenan los cupos disponibles y no han tenido necesidad de hacer remisiones.

El perfil de los pacientes es aproximadamente así: tienen entre 17 y 30 años de edad, hay más hombres que mujeres, tienden a ser de niveles socioeconómicos altos, son estudiantes universitarios o profesionales, llegan con familiares, tienen una historia de consumo de otras SPA de cinco años o más, sus familias son disfuncionales. En cuanto al estado en el que llegan a las instituciones las descripciones son muy similares: elevado deterioro físico,



bajo peso y desnutrición; a nivel psicológico presentan con frecuencia cuadros psicóticos con alucinaciones y delirios, depresión, ansiedad y confusión.

Todas las instituciones llevan a cabo seguimientos que duran entre tres meses y un año, pero la mayoría dura seis meses; se hace control toxicológico, evaluación y control psicológicos, contacto con la familia, grupos de apoyo y sesiones terapéuticas cuando es necesario.

Finalmente, de las ocho instituciones dos tienen índices de recaída del 100%, con solicitud de reingreso del 100%; otros tres afirman que los índices de recaída son entre el 11% y el 12,5% (instituciones que han visto muy pocos pacientes y que son relativamente nuevas), y que hubo solicitudes de reingreso pero tres pacientes murieron.

ii. Medellín

El Hospital General de Medellín no proporcionó ninguna información; la persona que respondió dice haber conocido solo un caso de heroína; no ha habido muertes por este motivo, y no hay personal médico capacitado. Cita las instituciones en que pueden atender estos casos, específicamente el Hospital San Vicente de Paúl y CARISMA.

Urgencias

No hay información por la razón explicada arriba.

Tratamiento

CARISMA, entidad estatal, es la más grande en cuanto a tratamiento se refiere en el país: tiene una capacidad de atención de 90 pacientes (50 residenciales y 40 ambulatorios) y ha llegado a tener 600 personas en lista de espera. Los pacientes son atendidos en consulta externa donde se hace un diagnóstico de uso, abuso o dependencia por parte de un psiquiatra; de acuerdo al diagnóstico se les brinda una modalidad de tratamiento según la intensidad, vías, complicaciones, psicopatología del usuario, condiciones personales y sociales. De acuerdo a este diagnóstico se ingresa más o menos rápido dependiendo de la disponibilidad de camas, teniendo en cuenta que si hay una prioridad grave es posible hospitalizar a la persona inmediatamente o en caso contrario pasa a la lista de espera. El paciente hospitalizado entra a manejos de síndrome de abstinencia ya sea con Metadona u otros medicamentos. Como no hay otras opciones estatales, no se hacen remisiones.



En cuanto al perfil de los pacientes, los rasgos más notables son: 17 a 22 años en promedio, alto porcentaje de estudiantes universitarios, estrato medio alto, en su mayoría hombres, algunas parejas, historia de consumo de más de tres años; hay fumadores, inhaladores e inyectores, y los últimos constituyen el porcentaje más alto. Estos jóvenes llegan en un estado físico deteriorado, con cuadros de inestabilidad, depresivos, ansiosos, compulsivos, con condiciones familiares y sociales deterioradas; generalmente son personas con condiciones intelectuales buenas.

Con los pacientes heroínómanos se tienen grupos de apoyo con la familia y citas de control periódicas; el programa de tratamiento con metadona consiste en que el paciente asista diariamente a tomar la metadona en la institución, y a medida que muestra progresos académicos, laborales y sociales, se les entrega metadona para el fin de semana; en otra fase más adelantada se les se entrega metadona para una semana, luego para 15 días y por último para el mes; si en algún momento recae, debe iniciar desde el principio. El 30% de los pacientes recae, y casi todos vuelven a pedir tratamiento.

En cuanto a las instituciones privadas (nueve en total), lo primero que resalta es que el número de solicitudes de tratamiento por consumo de heroína es mucho mayor que el de Bogotá: entre 7 y 22 por año, aun cuando no está la información de CARISMA, que probablemente es mucho más elevada. Sin embargo, las respuestas al cuestionario indican que la mayoría de esas instituciones no tienen la capacidad técnica apropiada para manejar estos casos, aun cuando no lo reconocen. La capacidad de atención varía entre 15 y 100 personas, pero ninguna institución especificó cuántos de esos eran cupos para heroínómanos. Ninguna tiene lista de espera, no hacen remisiones (salvo a CARISMA) o no dan información.

Al igual que en Bogotá, la mayoría de los pacientes son hombres (aun cuando se observa una tendencia al incremento del número de mujeres), con edades entre los 20 y los 30 años, de estratos medio y alto (pero dados los bajos precios de la heroína en el Quindío, de donde vienen bastantes pacientes, se ha incrementado el número de personas de estratos bajos), policonsumidores. La descripción del estado físico y psicológico de estos pacientes coincide exactamente con la de Bogotá. Igualmente, el seguimiento dura alrededor de seis meses y tiene iguales características que en Bogotá. La mayoría de los centros no tiene información sobre recaídas (solo dos mencionan cifras: una de



30%, otra de 93%), lo cual implica que los seguimientos no son muy precisos ni frecuentes.

b. Resultados de las entrevistas a usuarios de heroína

Para facilitar la organización de la información algunas de las preguntas fueron agrupadas en áreas o temáticas más generales.

1. Perfil de los consumidores de heroína

La Tabla 2 presenta los datos de los 40 consumidores de heroína entrevistados (29 en Medellín y 11 en Bogotá).

Tabla 2
Datos de los participantes en el estudio

Nivel socioeconómico	Nivel educativo	Sexo	Edad	Micro-tráfico	Edad inicio consumo spa	Edad inicio consumo H	Ciudad
Alto	Universitario incompleto	M	24	No	13	20	Medellín
Medio-alto	Secundaria incompleta	M	20	Sí	10	La prueba a los 16 y se engancha a los 17	Medellín
Medio-alto	Universitario incompleto	M	20	Sí	15	La prueba a los 17 y se engancha a los 18	Medellín
Bajo	Secundaria incompleta	M	18	No	16	17	Medellín
Bajo	Secundaria completa	M	20	Sí	12	La prueba a los 13 y se engancha a los 17	Medellín
Medio-alto	Secundaria incompleta	M	17	No	14	14	Medellín
Medio-bajo	Universitario incompleto	F	21	Sí	12	17	Medellín
Bajo	Secundaria incompleta	M	16	Sí	9	Sin información	Medellín
Medio-alto	Técnico	M	21	Sí	9	17	Medellín
Medio-alto	Universitario incompleto	M	26	Sí	13	19	Medellín
Bajo	Técnico	M	23	Sí	12	20	Medellín
Medio	Universitario incompleto	M	22	Sí	18	19	Medellín
Alto	Universidad incompleta	M	24	Sí	16	21	Medellín
Medio	Técnico incompleto	M	19	Sí	14	18	Medellín



Nivel socioeconómico	Nivel educativo	Sexo	Edad	Microtráfico	Edad inicio consumo spa	Edad inicio consumo H	Ciudad
Alto	Universidad incompleta	M	21	Sí	12	17	Medellín
Medio-alto	Universidad incompleta	M	23	Sí	19	21	Medellín
Medio	Técnico incompleto	M	22	Sí	13	Sin información	Medellín
Alto	Técnico incompleto	M	23	Sí	12	21	Medellín
Alto	Secundaria	M	31	No	12	Sin información	Medellín
Medio	Secundaria incompleta	M	17	No	12	14	Medellín
Medio-alto	Universitario incompleto	M	23	No	13	21	Bogotá
Alto	Universitario incompleto	M	28	No	15	24	Bogotá
Medio-alto	Universitario incompleto	M	21	Sí	14	16	Bogotá
Medio	Universitario incompleto	M	25	No	12	La prueba a los 14 y se engancha a los 20	Bogotá
Alto	Universidad completa	M	41	No	10	15 a 17 frecuente, luego esporádico	Bogotá
Alto	Secundaria	M	30	No	12	22	Bogotá
Alto	Universitario incompleto	F	22	Sí	13	18	Bogotá
Alto	Posgrado	M	29	No	14	22	Bogotá
Medio-Alto	Secundaria incompleta	F	17	No	12	15	Bogotá
Medio	Secundaria incompleta	M	28	Sí, pero no heroína	12	23	Medellín
Medio	Universidad completa	F	24	Sí	9	17	Bogotá
Alto	Universidad incompleta	M	28	No	15	24	Bogotá
Medio	Técnico	M	21	Sí	9	18	Medellín
Medio	Universidad incompleta	F	24	No	16	20	Medellín
Bajo	Universidad completa	M	22	Sí	18	19	Medellín
Alto	Universidad completa	M	30	Sí	13	22	Bogotá
Medio	Universidad incompleta	M	21	Sí	14	16	Medellín
Medio	Universidad incompleta	M	26	Sí	13	17	Medellín



Nivel socioeconómico	Nivel educativo	Sexo	Edad	Micro-tráfico	Edad inicio consumo spa	Edad inicio consumo H	Ciudad
Medio	Universidad incompleta	M	26	No	15	20	Medellín
Bajo	Universidad incompleta	M	23	No	12	23	Medellín

Evidentemente, los datos de esta Tabla no pueden ser considerados como representativos de los consumidores de heroína en el país. Aun así, arroja una imagen que no carece de interés: estos sujetos no fueron escogidos, sino que hacen parte de los consultantes de diferentes centros de tratamiento de Medellín y Bogotá que quisieron responder a la entrevista voluntariamente: son predominantemente de niveles socioeconómicos altos o medio-altos (22/40) y medio (12), los cuales hacen que de nivel bajo solo hubiera seis personas. El nivel educativo es bastante elevado (cinco profesionales y 19 estudiantes universitarios, más tres con secundaria completa, tres técnicos y tres estudiantes de carreras técnicas); sin excepción, *todos los estudiantes (que suman 29 personas sobre un total de 40) abandonaron los estudios*. Aun cuando no se puede establecer una causalidad directa, da la impresión de que los que eran buenos estudiantes dejaron de serlo por el consumo de heroína y desertaron.

En este grupo, 35 personas eran hombres y cinco mujeres; la edad promedio de los hombres era de 23 años y el de las mujeres 21.8; solo una persona tenía más de 31 años; la gran mayoría estaba entre los 17 y los 26 años; la edad de inicio de consumo de SPA para los hombres fue de 13 años y para las mujeres 12.4 años; la edad de inicio del consumo de heroína fue de 19.2 años para los hombres y 17.4 para las mujeres. Habría una diferencia de entre cinco y seis años en el inicio de consumo de SPA ilegales y el 'enganche' con heroína, lo cual coincide con los resultados del estudio sobre transiciones en el consumo de drogas (Pérez, 2007); pero debe tenerse en cuenta que no es infrecuente observar que varios años transcurren entre el primer ensayo con heroína y el quedar 'enganchados'.

Aun cuando los números son muy pequeños para poder sacar conclusiones estadísticamente válidas, vale la pena señalar, para exploraciones posteriores, la tendencia a que las mujeres empiecen más temprano a consumir SPA e igualmente empiecen más temprano a consumir heroína; si esta tendencia se verifica, el consumo temprano de SPA en mujeres sería un predictor de la probabilidad de que lleguen a consumir heroína.



Una proporción importante de los entrevistados ha estado involucrada en microtráfico (23/40; es decir, cerca del 58% o casi 2/3); las proporciones fueron diferentes en Medellín y en Bogotá: en Medellín 19/29 (2/3), mientras en Bogotá fueron solo 4/11 (alrededor de 1/3); es posible que esas diferencias se deban a la menor cantidad de personas entrevistadas en Bogotá, pero también es posible verificar estas tendencias en estudios posteriores.

En el caso de Bogotá, en su mayoría se trató de hombres con un promedio de edad de 26 años, con un nivel socioeconómico de medio a alto y un nivel educativo profesional incompleto. Solamente hubo una persona de estrato bajo. En Medellín el promedio de edad fue de 21 años, el nivel socioeconómico predominante fue el medio y el nivel educativo fue un poco menor que el de Bogotá.

Casi la totalidad de personas entrevistadas cuentan con historias de consumo de heroína de 2 ó 3 años, excepto unos pocos casos de personas que consumen heroína desde hace 6 años aproximadamente, y cuyo consumo en los primeros años, se caracterizó por ser esporádico e irse incrementando gradualmente en los últimos 3 años.

Es muy frecuente que todas estas personas continúen fumando marihuana, que hace parte de su rutina de consumo habitual, y a la que consideran menos nociva que el tabaco.

2. Entorno familiar

A nivel general las personas entrevistadas pertenecen a familias con estructuras diversas: nucleares, monoparentales, extensas y reconstituidas. En las familias nucleares los roles tradicionales se conservan, el padre es fundamentalmente el proveedor económico y la madre es ama de casa o participa en actividades económicas informales como la venta de productos o la administración de pequeños negocios familiares.

Camila, 21

- Ok. Camila, ¿y con quién vivía antes de ingresar acá a este centro?

R: Pues yo vivo con mi mamá, con mi hermana y con mi papá, somos una familia muy unida, sobre todo mi mamá, mi hermana y yo... Mi mamá es vendedora de productos Yanbal y de Avon y Leonisa, mi hermana es administradora de empresas y mi papá es celador.



Las familias extensas por lo regular están constituidas por los abuelos maternos, tíos, primos y otros parientes. Este tipo de configuración familiar generalmente es el resultado de la desintegración de la familia nuclear, ya sea por el fallecimiento de uno de los padres o la separación de los cónyuges. En la mayoría de estos casos la madre acude a su familia de origen como principal red de apoyo y por lo regular frente a la necesidad de sostener económicamente el hogar, termina delegando el cuidado de los hijos a los abuelos. Algunas de las dificultades referidas por los entrevistados acerca de este tipo de estructura familiar fueron: la ausencia de límites claros por parte de las personas que ejercen el rol materno o paterno, la imposibilidad de los hijos para ver a la madre como una figura válida de autoridad y el distanciamiento afectivo unido a una escasa comunicación madre-hijo.

Roberto, 19

- *¿Qué decían su papá y su mamá de ese bajonazo en las notas?*

R: Pues a mi mamá nunca le tuve autoridad a ella, me crió mi abuela y mi tío y cuando mi mamá vino, por decirlo así a tomar el lugar de mamá, yo no la acepté en ese momento; ya con la medida del tiempo uno iba entendiendo por qué ella no estuvo ahí, tenía que trabajar y estar en otro lado, ya era el entorno de uno.

Asimismo, algunas de las personas entrevistadas que pertenecen a familias monoparentales refieren cómo la madre, ante la falta de un soporte social y familiar real sumado a una sobrecarga laboral, termina dejando a los hijos solos, bajo su propio cuidado.

Con menor frecuencia se encontraron familias reconstituidas provenientes de un divorcio, en las que por lo regular es la madre quien vuelve a casarse. Por otra parte, con relación a las características propias del entorno familiar se observaron grandes diferencias. De acuerdo con lo citado por las personas entrevistadas se encontraron familias donde son frecuentes las expresiones de afecto, existe una comunicación abierta, confianza y respeto entre sus miembros, además de espacios y momentos en los que se comparten actividades en familia; en oposición a esto, también se encontraron algunas familias donde la relación padre-hijo es distante, existe rechazo de uno de los padres hacia los hijos, las relaciones son conflictivas y existe una carencia de límites y normas.



Andrés, 26

No, era una vida estudiantil, vivía en un ambiente familiar más libertino, mi mamá nunca nos puso límites, ella nunca consumía nada ni ha sido alcohólica ni nada pero siempre manejaba una permisividad... ella decía: 'Yo dejo que ustedes hagan lo que ustedes quieran para que se den cuenta si están obrando mal o están obrando bien', pero sin embargo siempre nos recalca lo que era lo bueno y lo malo, entonces siento que en un momento de mi vida esa permisividad y ese libertinaje me llevaron a llegar al consumo.

En algunas de las personas entrevistadas parecería que existe la tendencia a dar un gran valor a la madre o la persona que desempeña este rol (por ejemplo, abuela materna o paterna). Así, en los casos en los que se pregunta con quién de la familia existe una relación más cercana, los entrevistados suelen responder que con la madre, afirman que la comunicación y la confianza con su madre es más alta, así como la percepción del apoyo que reciben de ella una vez ingresan a tratamiento. También da la impresión de que la mayoría de los entrevistados tiende a hablar menos del padre y en las ocasiones en las que lo hacen, se refieren a él como una figura ausente ya sea por fallecimiento o porque se involucra menos en el cuidado de los hijos y su papel es más de proveedor; no obstante, algunos de los entrevistados se refieren a su padre como una figura cercana y que al igual que la madre representa un gran apoyo durante el proceso de tratamiento.

Según varias de las personas entrevistadas, una vez la familia se entera del consumo de heroína parecería que la reacción inicial es la de buscar apoyo terapéutico, y cuando la persona ingresa a tratamiento las relaciones familiares tienden a mejorar. En un segundo momento, y tras las recaídas constantes del consumidor de heroína, las relaciones familiares se caracterizan por la desconfianza, las constantes peleas y el rechazo, reacciones que desembocan en algunos casos en la solicitud explícita de la familia al consumidor de heroína, de abandonar la casa.

Con menor frecuencia se presenta el caso en el que frente a la impotencia sobre qué hacer y el temor de los padres a que a su hijo/a le pase algo (por ejemplo, se vea involucrado en serios problemas legales, no resista el síndrome de abstinencia), terminan de alguna manera 'aceptando' el consumo en su hijo/a, ya sea suministrando el dinero para la compra de heroína o de metadona,



o permitiendo el consumo en la casa. Sin embargo, esta actitud no permanece por mucho tiempo, ya que los padres terminan buscando nuevas alternativas de tratamiento o finalmente solicitan a su hijo/a irse de la casa. Asimismo, habría que anotar que la actitud de los padres en muchos casos varía y no se mantiene constante pasando por todo lo descrito anteriormente.

Por último, varios de los entrevistados afirmaron que algunas personas de su familia consumen o han consumido sustancias psicoactivas. El consumo se presenta tanto en personas que no forman parte del núcleo familiar inmediato como tíos, primos o parientes lejanos, así como en algunos parientes cercanos, como es el caso del padre o los hermanos. Las sustancias más consumidas fueron el alcohol, la marihuana y en pocos casos cocaína o basuco. Por otra parte, el consumo de heroína en los familiares de los entrevistados fue una situación poco frecuente.

De manera reiterada las personas entrevistadas señalan que sus familias son su principal red de apoyo y uno de los factores primordiales en su rehabilitación (con algunas excepciones en las que el vínculo se ha roto a causa de los comportamientos del consumidor).

3. Entorno social

En su mayoría el entorno social de las personas entrevistadas, una vez iniciadas en el consumo de heroína, se va reduciendo paulatinamente a personas que suministran o consumen esta sustancia. Aunque el consumo de heroína se da más en solitario o en pareja, al preguntarles a los entrevistados cuántas de las personas que conocen consumen heroína es común encontrar respuestas como 'casi todas' o 'todas'.

Jahir, 26

De las que yo conozco, muchas personas, puedo decir que el 60%, hay muchas personas que consumen, parejas, porque por ejemplo la persona que consume heroína, busca otra persona que le pase esa droga, ¿sí me entiende?, y la única persona que le puede pasar a uno esa droga es otra persona que la consume igual...

Finalmente, parece existir acuerdo entre los entrevistados acerca de que el consumo de heroína se está incrementado gradualmente, extendiéndose a



personas de todos los niveles socioeconómicos, con diversas ocupaciones y de diferentes edades.

4. Historia delincriminal

Una buena parte de los entrevistados tenía alguna actividad delincriminal antes de empezar a consumir heroína; tales actividades pueden dividirse en dos grandes categorías:

1. Robo, que es el delito más común, y que a su vez se divide en hurto agravado (atracos, frecuentemente en grupo), pequeños robos en almacenes y robos en la casa, en el trabajo, a los amigos o a los vecinos.
2. Detenciones cortas por consumo y porte en la vía pública, que es especialmente frecuente en las mujeres.

Manifiestamente, una vez iniciado el consumo de heroína el número de delitos se incrementa, al igual que la gravedad de los mismos: hay muchos más robos a mano armada, lesiones personales e incluso tres asesinatos asociados al delito conocido como 'fleteo'. No todos los delitos estaban asociados directamente al consumo de heroína, pues algunos de estos jóvenes tenían como principal actividad la delincriminal.

5. Historia de consumo de spa

En la historia de consumo de las personas entrevistadas se distinguen tres momentos:

1. Un primer contacto con sustancias psicoactivas entre los 10 y los 12 años (10 a 15 en Bogotá), siendo el alcohol, el cigarrillo y la marihuana las primeras sustancias de inicio. A continuación se observa una tendencia a probar una gran cantidad de sustancias de manera simultánea como la coca, el basuco, las benzodiazepinas (Rivotril y Rohypnol), el éxtasis y el LSD.
2. Posteriormente, se da el consumo de heroína, el cual casi siempre ocurre 'en el vacío'; es decir, las personas rara vez tienen conocimiento acerca de las consecuencias y efectos de la sustancia o solo tienen una vaga idea de que esta sustancia tiene un efecto más intenso o más potente que el de otras SPA. Las razones principales que aducen los entrevistados son la influencia y presión del entorno social, la curiosidad o la búsqueda de sensaciones más placenteras.



Por lo regular la edad de inicio para el consumo de heroína está entre los 13 y los 17 años en Medellín y los 15 y 24 en Bogotá (edad promedio aproximada del grupo entrevistado: 23-24 años) y se caracteriza por ser una experiencia poco placentera, pues en un primer contacto son frecuentes las náuseas, el vómito y una sensación de picazón que es experimentada como desagradable por quienes la consumen. En realidad, la edad de inicio parece ser muy variable, además de que muchos la probaron tempranamente y no la siguieron consumiendo durante un tiempo. Pero lo que sí es claro es que generalmente transcurre un largo período (alrededor de seis años: ver más adelante lo referente al perfil de los consumidores) entre la edad de inicio de consumo de SPA en general, y la edad de inicio del consumo de heroína. En algunos casos el momento en el que las personas se 'enganchan' en el consumo de la heroína coincide con el inicio de los estudios universitarios.

Pasado un tiempo y con mayor conocimiento sobre los efectos placenteros de la heroína, las personas deciden probarla nuevamente, llegando así a experimentar sensaciones agradables como un estado de relajación profundo acompañado de bienestar emocional. Es en este momento donde, como dicen los entrevistados, 'se enganchan' con la heroína. En este punto del consumo las dosis oscilan, según ellos, entre los 5 y los 25 mg diarios.

Entre los consumidores de heroína es común la mezcla llamada 'speedball' (heroína + cocaína), pues el efecto combinado de estas dos sustancias permite a las personas conservar un mayor nivel de atención y ser más funcionales en las diferentes áreas de su vida.

Cuando las personas apenas se inician en el consumo de heroína son más frecuentes los consumos en grupo, situación que cambia radicalmente cuando el consumo se ha intensificado.

3. Una vez la persona ha avanzado en el consumo y comienza a presentar el síndrome de abstinencia, la heroína pasa a ser casi de manera exclusiva la principal sustancia de consumo, así como el centro de la vida.

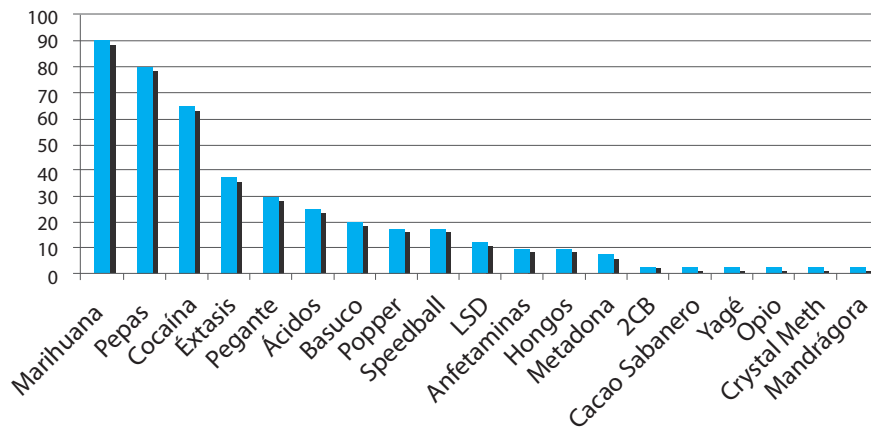
No obstante, cuando el dinero es cada vez más escaso, algunas personas combinan el uso de la heroína con el uso de otras SPA, como es el caso de las benzodiazepinas o el alcohol, para aminorar o sobrellevar los síntomas del síndrome de abstinencia.

En este punto, aseguran los entrevistados, el consumo de heroína puede alcanzar o incluso superar un gramo diario, dividido en varias dosis.



Gráfico 1

Consumo de SPA diferentes a heroína

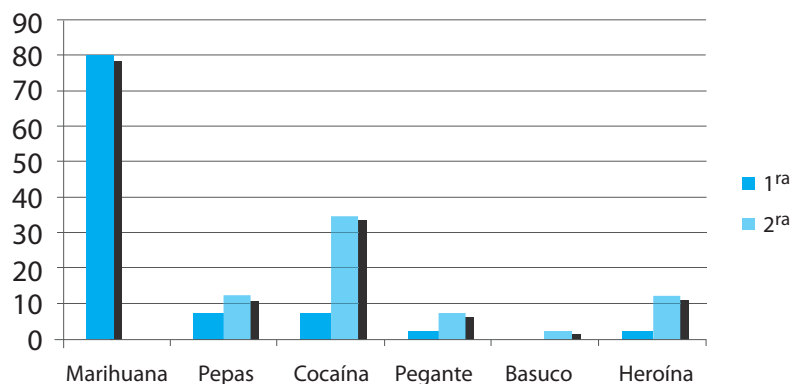


Esta gráfica muestra todas las sustancias que fueron citadas por los entrevistados, y el porcentaje de ellos que las utilizaban: como puede verse, las más usadas son marihuana (90%), tranquilizantes y ansiolíticos (80%) cobijados bajo el nombre común de 'pepas', pero que muchos de los usuarios citan con sus nombres genéricos o comerciales (clonazepan, benzodiacepinas, rohypnol, etc); cocaína (65%); éxtasis (35%); y pegantes (30%). Como dato curioso, hubo una persona que había consumido 2CB (feniletilamina) y otra mandrágora, lo que no se había observado en investigaciones previas.

El total de SPA consumidas por este grupo fue de 19, lo que supera en 30% el número registrado por consumidores en tratamiento (la gran mayoría por consumos diferentes a heroína) en un trabajo anterior (Pérez, 2007).

Gráfico 2

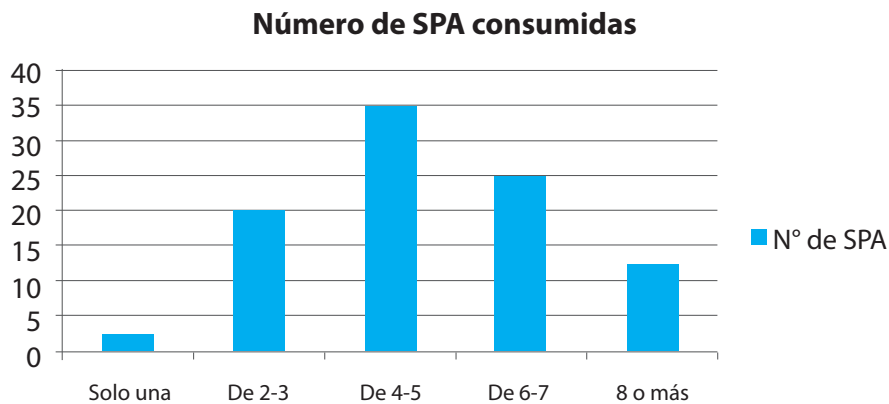
Orden en el que las sustancias fueron consumidas





La marihuana es la primera SPA consumida en el 80% de los casos (32 personas), seguida muy de lejos por la cocaína y los ansiolíticos ('pepas') (tres casos para cada una), el pegante y la heroína (un caso cada una). La cocaína es la segunda SPA más consumida (35% de los casos) seguida por los ansiolíticos.

Gráfico 3
Número de SPA consumidas



El 60% de los participantes en este estudio consume o ha consumido entre cuatro y siete sustancias diferentes, incluida la heroína.

6. Historia de consumo de heroína

El análisis de las entrevistas permite observar las siguientes tendencias:

1. Una vez que se han "enganchado" con la heroína esta tiende a convertirse en la droga principal y a veces en la única.
2. Al comienzo las personas sienten temor de inyectarse y suelen pedir la ayuda de un amigo o de un conocido; pero luego de un tiempo el hecho de inyectarse proporciona placer.
3. La mayoría considera que compartir agujas y jeringas es poco común aun cuando a veces ocurre entre parejas (especialmente cuando están con síndrome de abstinencia) y en ciertas "ollas". Lo que sí hacen casi todos es usar varias veces la misma aguja, hasta que pierda el filo. Parece haber una elevada conciencia sobre los riesgos que implica compartir agujas o jeringas. Ninguno de los consumidores conoce a alguien que se haya infectado de VIH.



Ignacio, 23:

“...al principio yo le decía a alguien que me cogiera la vena porque yo no me inyectaba y después aprendí, iba donde alguien que conociera que se inyectaba o que se había recuperado...Personalmente cambio mucho las agujas, bregaba a no utilizarlas mucho porque es que se les pierde el filo y uno se daña mucho, en cambio si vos estrenas aguja, te puedes coger en muchas partes, y no te dañan y no te quedan marcas ni nada, pues y vas como cortando entonces se sana por un lado y lo haces por otro y después vuelves al mismo lado cuando está sano, y te puedes coger venas muy pequeñas, coges otras partes que si utilizas una jeringa mucho ya no puedes nada más puedes coger las grandes...”

4. Se comentan pocas diferencias entre hombres y mujeres en lo que al consumo de heroína se refiere; pero hay por lo menos tres significativas:
 - a. Las mujeres tienden a iniciar su consumo porque su novio o compañero consume heroína.
 - b. Es mucho más frecuente que las mujeres recurran a la prostitución, a los robos en la casa, a pedir plata prestada y a empeñar objetos para obtener dinero, que los hombres; estos suelen recurrir al hurto, a pedir limosna o a involucrarse en tráfico.
 - c. Una vez involucradas en el consumo de heroína, las mujeres tienden a consumir más y a quedar más frecuentemente “enganchadas”.
5. La mayoría de los consumidores de heroína son personas que consumen solas; se considera que en los grupos hay problemas porque siempre aparecen personas que quieren consumir a costa de los otros.
6. Cuando empiezan a agotarse los recursos económicos muchos vuelven a consumir basuco para “distraerse”, o mezclan heroína con cocaína para hacer speedball, o compran metadona¹.
7. La mayor parte de las personas entrevistadas tenían un tiempo de consumo de por lo menos dos años. Todos expresaron reiterativamente su temor al síndrome de abstinencia y afirman que así como al comienzo la experiencia es altamente placentera; con el paso del tiempo se vuelve un “infierno” y que no consumen ya por placer sino por evitar “el mono”.

¹ Por tratarse de un medicamento controlado es previsible que esta metadona sea conseguida en el mercado “negro” en calle.



8. Dos personas expresaron haber logrado detener el consumo de heroína sin necesidad de tratamiento y sin recurrir a la metadona. Uno de ellos aseguró que se dedicó al deporte, a fumar marihuana y a tomar alcohol, y que fue por estos consumos que terminó en tratamiento.
9. El lugar más usual para inyectarse son los baños, incluyendo los públicos; esto puede deberse al relativo aislamiento que permiten.

7. Vías de administración

Las cuatro formas básicas de consumir heroína son: la forma inhalada por la nariz, que exige una heroína de alta calidad; la forma inyectada, disuelta en agua²; la forma fumada con cigarrillo (tabaco); y el llamado “chino” o “balazo”, que implica el calentamiento de la heroína sobre papel aluminio y la inhalación de los gases³. Aun cuando es posible y de hecho se encontraron casos que incluyen todas las posibilidades secuenciales o la utilización de una sola vía que no se modifica, la tendencia más marcada fue iniciar el consumo de heroína inhalándola por la nariz y luego pasar a inyectarse; una pequeña parte de estas personas inició inyectándose y nunca ha cambiado de vía de administración.

“Eduardo, 17:

-He consumido heroína por medio de balazo que es en forma de aluminio, ‘chutiada’ que es por medio de jeringa, inhalada, y en Bogotá conocí una forma que se disuelve en agua y se echan gotas en los ojos.

- Entrevistador: ¿Cómo le llaman a esa forma de consumir?

- Le dicen ‘el gotazo’; lo hice por experimentar, tuve más náuseas, más vuelo y me irritó mucho lo ojos.

² La heroína colombiana suele ser de una calidad tan alta que no se requiere el uso de cítricos o de calentarla.

³ Uno de los entrevistados comentó que también se puede ingerir en forma líquida; una consulta con Timothy Ross permitió saber, que efectivamente, es posible diluir la heroína en agua e introducirla en el recto; este procedimiento no es nada común en Colombia sino que lo utilizan personas que tienen las venas muy dañadas por largos años de inyección. También se puede tomar, por vía oral, pero aparentemente es un procedimiento poco atractivo porque los jugos gástricos destruyen gran parte del alcaloide. Una persona mencionó una estrategia llamada “gotazo” que consiste en diluir la heroína en agua y aplicársela en los ojos.



Gráfico 4

Vías de administración



La forma más común de consumo de heroína es la combinación de inhalada e inyectada, seguida por la inyección sola. Este último hallazgo es relativamente sorprendente, pues hasta hace poco tiempo los casos de inyectores en el país eran infrecuentes. Todo parece indicar que el número de personas que se inyectan, ya sea habitualmente o esporádicamente, se ha incrementado.

En cuanto a las razones para cambiar de vías de administración, las principales son: la búsqueda de efectos más potentes como en el caso de fumar a inhalar o de inhalar a inyectarse, y el ahorro económico de inhalar a inyectarse (“es más barato y se obtiene el triple de efecto”). Estos datos coinciden totalmente con los resultados del estudio sobre transiciones en el consumo de drogas en Colombia (Pérez, 2007). La misma razón se aduce para el speedball. También se pasa de inhalar a inyectar o a balazo porque dicen que la inhalación produce deseos de vomitar y un gusto amargo en la garganta. La curiosidad y el deseo de experimentar también explican algunos de los cambios. Cuatro de las personas entrevistadas se cambiaron de inyectarse a inhalar: la primera porque el efecto de la inyección le parecería demasiado fuerte; la segunda porque el síndrome de abstinencia es menos intenso cuando se inhala; la tercera porque se estaban empezando a dar cuenta de que ella se inyectaba a causa de las cicatrices en los brazos; y la cuarta porque tenía tan lesionados los brazos que ya no tenía donde inyectarse.

Las razones de mantenimiento son básicamente las mismas que se tienen para cambiar: intensidad de placer, ahorro de dinero, por el síndrome de abstinencia y por los efectos desagradables de las formas alternativas.



8. Frecuencias y dosis

Hay una variedad muy grande de dosis y de frecuencias, tal como puede verse en la Tabla que sigue.

TABLA 3

Dosis y frecuencias

1	15 mg diarios
2	Cada 6 horas
3	Me inyecto 10 veces al día (cada 2 horas)
4	1 g diario (15 ml cada vez)
5	Entre 2 y 4 rayas por día
6	2 pases por cada orificio de la nariz y 4 pases diarios, cuando me inyecto es 1/4 de g por ocasión
7	5 dosis diarias de speedball
8	3-4 g de heroína inhalada por rumba
9	Yo me consumía un gr pesado por día que da 12 dosis inhaladas; a veces hacía speedball
10	1 g en 10-15 chutes 'también la mezclo con 'pox' (?)
11	1/4 de g inhalada diario
12	1/2 g inhalada diaria
13	80 mg inyectados y me inyecto 1/2 g diario
14	Muchas, fumada cada 20 minutos
15	Fumaba todos los días hasta llegar a 2 g diarios
16	Duré 4 años fumando todos los días
17	1 chute diario
18	1/4 de g inyectada en tres dosis diarias
19	12-14 inyecciones diarias; 1 g me dura un día y medio
20	Con 1/2 g hago 6 inyecciones
21	Empecé con 5 mg y fui aumentando
22	1/2 cuarto inyectada
23	No tenía dosis consumía toda la que pudiera y por eso tuve sobredosis
24	Una 'ralla', con doble L, 30 mg diarios

Existe una leve tendencia a que los consumidores de heroína hayan presentado casos de sobredosis; ellos reconocen como síntomas de sobredosis la coloración púrpura de los labios y las uñas, el estado de inconsciencia que puede durar varias horas (los sujetos afirman que están profundamente dormidos) y la incapacidad de incorporarse o moverse por sí mismo. Un grupo bastante grande de sujetos afirmó que había visto en ese estado a algunos de sus amigos o conocidos que también consumen heroína; en muchos casos simplemente los dejaban solos por temor a que si morían ellos podían terminar en problemas judiciales; se citaron tres casos en los que habían visto morir a un conocido por esta causa.



9. Razones del consumo de heroína

La razón más frecuentemente citada para iniciar el consumo de heroína son los amigos, que están ellos mismos iniciando la experimentación y que rara vez tienen una información precisa sobre el síndrome de abstinencia o sobre las consecuencias de la dependencia de esta sustancia. También es muy usual empezar por curiosidad provocada por lecturas o películas.

De la totalidad de los entrevistados, ninguno tenía información precisa sobre lo que era la heroína antes de empezar a usarla. Algunas frases a este respecto fueron las siguientes:

"Sabía que era mortal y cara. Eso estaba asociado a mis ideas suicidas".

"Sentía curiosidad. Sabía que era peligrosa y que tendría problemas"

"Empezó como un juego, no sabía nada sobre heroína"

"Me la regalaron; sabía que era 'brava', me dio vómito y sudoración y luego placer. Pero no sabía que era tan adictiva: si hubiera sabido nunca lo hubiera hecho"

10. Tratamientos

Las opiniones de la mayoría de los entrevistados son bastante negativas con respecto a los centros de tratamiento a los que han asistido con anterioridad:

"A los 14 años, porque fumaba marihuana de vez en cuando, me enviaron a un centro de rehabilitación y lo que hice fue aprender cosas malas. Ahí no hay protocolos sino unos métodos de choque."

"Era el mismo tratamiento para muchas cosas diferentes como las drogas, la bulimia o el juego. Todo el día hablando de droga lo que hace es despertarle las ganas a uno."

"Yo estuve en una clínica psiquiátrica y allá me la pasaba tomando pepas y meses después seguía con problemas de insomnio"

"Estuve año y medio en una comunidad terapéutica y recaí al mes"

"Estuve en un tratamiento psiquiátrico en el que me dosificaban la sustancia para hacer reducción de daño"



"En la comunidad terapéutica lo que usaban era terapia de choque⁴ que lo único que logra es frustrarlo a uno...había consumo dentro del centro, de todo, incluida heroína"

11. Atención médica por sobredosis

Ninguna de las personas entrevistadas tiene información precisa, aparte de que les dan líquidos y sueros para hidratarlos. Algunos citaron casos concretos de conocidos que murieron por sobredosis en el sitio donde estaban consumiendo. De las 19 personas que reportaron haber tenido sobredosis solo 9 fueron llevadas a hospitales, los otros aparentemente se quedaron dormidos durante largas horas o les dieron una mínima atención en el sitio donde se encontraban (en su casa, en una finca).

12. Atención después de la emergencia

Las respuestas de quienes estuvieron en centros hospitalarios son bastante explícitas en el sentido en que muestran la ausencia de un protocolo científicamente establecido.

Tabla 4

Atención después de la emergencia

1	Una vez estabilizado me mandaron a psiquiatría para hablar de intento de suicidio y de la sobredosis
2	Estuve hospitalizado 15 días por paro cardiorrespiratorio
3	Me dieron metadona durante 8 días
4	Me remitieron a un centro de tratamiento que no quisieron recibir porque allá no trataban heroína
5	Yo no aceptaba nada y me iba después de la emergencia
6	Solo me tuvieron hospitalizado dos días
7	No se interesaban por mis dolencias, solamente me dieron suero y Naloxona
8	Me enviaron al San Vicente de Paúl, pero allá me daban antidepresivos y me puse peor
9	Nada

⁴ La llamada "terapia de choque" se caracteriza por un ambiente agresivo en donde el trato es fundamentalmente de gritos y confrontación, con el objetivo de "llevar las emociones al extremo". Quienes son sometidos a este tratamiento lo describen como un castigo, y es una de las explicaciones del rechazo colectivo a las comunidades terapéuticas, donde todavía sigue siendo muy común. Pero incluso en ciertos centros privados de elevado costo también se recurre a estas técnicas.



13. Fallas en los servicios de atención

La idea central de la mayoría de quienes respondieron a esta pregunta es que los centros de tratamiento no están preparados para manejar problemas relacionados con heroína. Una de las excepciones sería CARISMA aunque su capacidad de atención es muy limitada comparada con las necesidades. Muchos entrevistados citan malas experiencias en los hospitales y EPS en los que pidieron ayuda, pues les daban paliativos inanes como ofrecerles una bolsa de plástico para que respiren cuando están a punto de desplomarse por la sobredosis; o sienten que los médicos les tienen miedo a los heroínómanos por las fantasías que hacen sobre ellos; las formas de tratamiento no parecen adecuadas y las EPS evitan comprometerse en alguna forma de atención con los heroínómanos.

14. Sugerencias para mejorar los servicios de atención

Las principales sugerencias de quienes participaron en este estudio son las siguientes:

-Hay que rechazar las terapias de choque y acabar con toda forma de maltrato en los centros de tratamiento.

"Ya uno tiene suficientes problemas para que encima de eso lo insulten y lo humillen y crean que con eso uno se va a mejorar".

-Debe haber personal calificado en los centros de tratamiento para que dosifiquen la metadona, en lugar de tener que pagar por fuera ese servicio.

-Aparte de instituciones como CARISMA, no hay instituciones que traten específicamente la heroína porque no hay preparación; este es un tema que necesita solución urgente.

-Aun los centros de tratamiento apropiados tienen unos niveles muy altos de recaídas por falta de seguimiento; sería urgente diseñar estrategias que permitan evitar las recaídas.

-Se necesita incrementar los cupos de los centros de tratamiento porque las demoras para aceptar a un nuevo paciente son muy grandes.

-La medicación y el tratamiento deben estar adecuadamente integrados.

-Los pacientes heroínómanos tienen derecho a recibir un tratamiento adecuado y un buen trato.



15. Tratamiento por consumo de heroína

La mayoría de las personas que participaron en esta investigación han tenido otros tratamientos antes de ingresar al actual; algunas de esas intervenciones eran apenas de desintoxicación o la asignación de metadona sin ningún control, que con frecuencia terminaba siendo vendida o cambiada por otras sustancias. Todos los que han tenido experiencia con metadona la consideran un buen recurso; en cuanto a las instituciones mismas, hay algunas en las que los tratan bien, les enseñan cosas, tienen buenas actividades, no hay agresiones de ningún tipo; aceptan como algo natural el que los requisen todos los días. Por el contrario, hay una opinión muy negativa de las comunidades terapéuticas en general y de las clínicas psiquiátricas.

16. Microtráfico

Según las entrevistas realizadas, existen diferencias entre la ciudad de Bogotá y Medellín en cuanto al grado en que los heroinómanos se involucran en el tema del microtráfico. Por una parte, en Medellín la mayoría de las personas entrevistadas se ha visto involucrada en la venta de SPA, incluyendo la venta de heroína; esta actividad les ayuda a financiar los costos generados por sus adicciones y su estilo de vida. Algunos empiezan revendiendo parte de lo que han comprado para su propio uso o inclusive siendo intermediarios para que otros consumidores compren la sustancia a otras personas; otros han sido grandes expendedores (relación con el expendedor que les vendía a ellos: ahora se vuelve un proveedor).

En Bogotá, por el contrario, la mayoría no se ha visto involucrada en la venta de SPA en general, ni de heroína; sin embargo, es más frecuente encontrar que algunas personas revenden parte de lo que han comprado para su propio uso a personas cercanas, especialmente en épocas donde 'escasea' la sustancia.

Cabe anotar que en general, los entrevistados que se vieron involucrados en el microtráfico, tienden a ser de estrato medio.

Venta SPA General y Venta de Heroína

Como ya se mencionó en un principio, varios de los entrevistados manifiestan haber estado involucrados en la venta de SPA, principalmente marihuana, cocaína y "pepas". Específicamente, ocho de ellos vendieron estas sustancias pero nunca comercializaron heroína. Sin embargo, muchos de los entrevistados





(en especial de Medellín) dicen haber vendido heroína en algún momento de su vida, argumentando que es un negocio lucrativo (esta percepción la tienen tanto en Bogotá como en Medellín). En este punto es importante resaltar que en Medellín el negocio de la venta de esta sustancia es percibido como muy peligroso (lo que no es evidente en los entrevistados de Bogotá), manifestando que muchos de los vendedores de heroína terminan muertos. Es común que quienes suministran la heroína les exijan a sus clientes total confidencialidad si quieren no ver afectada su seguridad o incluso la vida de sus familiares.

Carlos, 26

"Eso estaba muy caliente, están matando jíbaros⁵. La semana pasada mataron 3, han matado muchos y los otros están perdidos. Está muy caliente eso porque es que los mismos papás de las personas pues al ver el hijo así, salen a matar al jíbaro."

En Medellín la heroína oficialmente no la venden muchas personas, ya que según expresan, se deben tener unos "permisos" especiales para hacerlo y los nuevos vendedores generalmente son gente cercana a quienes ya están dentro del negocio; la venta es controlada. Por ello, los vendedores "clandestinos" corren aún más peligro; se debe manejar un bajo perfil. Probablemente asociado a esto está el que la comercialización de la heroína se realiza fundamentalmente por teléfono (especialmente en Medellín), lo que no suele ocurrir con otras SPA. El vendedor cita a la persona en un punto de la ciudad lejos de la o las zonas donde usualmente comercializa la sustancia; una vez ganada su confianza, las ventas posteriores se concretan por teléfono; el comprador lo contacta y hace su pedido y se citan en algún lugar (en ocasiones se citan en las plazas u ollas donde el expendedor comercializa si es el caso, porque algunos venden solo por encargo y no en sitios); alternativamente el consumidor puede también empezar a comprar en las plazas u "ollas"⁶.

La percepción de peligrosidad del negocio manifestada por los entrevistados de Medellín, también está relacionada con la percepción de peligrosidad de la misma sustancia y su consumo; la heroína es una sustancia a la que se le teme por todo lo relacionado con el síndrome de abstinencia y el complejo proceso de rehabilitación que se requiere para dejar de consumirla.

⁵ Expresión común que se refiere a la persona que expende sustancias ilícitas.

⁶ Lugar en el cual se venden y/o se consumen sustancias psicoactivas.



Precio, disponibilidad y pureza

La accesibilidad a la heroína inicialmente es difícil, mientras se establecen contactos y se empieza a ser conocido en el medio. Posteriormente, y como percepción general, conseguirla es fácil; son muy contadas las veces en las que la heroína está escasa o no se consigue.

Así mismo, los entrevistados consideran que la heroína es una sustancia costosa. No obstante, quienes estuvieron involucrados en la venta tenían “buenos contactos”, razón por la que la conseguían a más bajo precio. En Bogotá por ejemplo, los precios oscilan entre \$7.000 y \$70.000 aproximadamente, por un gramo o ‘forcha’ (bolsa pequeña). El precio depende tanto de la pureza, como de la cantidad y de la zona en que se adquiera la sustancia. Por ejemplo, la de \$7.000, según uno de nuestros entrevistados, es de muy mala calidad y está rendida inclusive con sustancias altamente tóxicas.

Jesús, 28

“...Si tú compras una bolsita de esas en \$7.000 ya sabes que esa m#%& viene mezclada con, hasta con veneno de ratas..No es tan pura, eso es cuando ya no hay y uno está desesperado buscando, pero normalmente el precio de una bolsita de esas es de \$20.000.”

En lugares como la Zona Rosa de Bogotá un gramo fácilmente podría valer \$70.000, mientras que en la L el mismo gramo cuesta actualmente alrededor de \$40.000. De hecho, según una de nuestras entrevistadas, aunque es más pura la heroína de la L que la de la Zona Rosa, esta última por ser vendida en un lugar muy concurrido por personas de estratos socioeconómicos altos, es más costosa.

Por otro lado, en Medellín los precios oscilan entre \$5.000 y \$60.000; estos precios dependen de la cantidad y de la pureza de la sustancia. En esta ciudad en particular existe una forma diferente de venta: venta por puntos. Un gramo equivale a 10 puntos; 1 punto cuesta aproximadamente \$5.000 y rinde para una inyectada o una inhalada, pero según los mismos entrevistados, el efecto casi no se siente, por lo que generalmente los heroinómanos consumen diariamente más de un punto.

Algunos manifiestan que la pureza de la heroína de Medellín no es muy buena, y que alcanza un máximo del 60%. La menos pura, la más económica y la más fácil de conseguir es la que venden, según los informantes, en una de las universidades públicas de la ciudad, mientras que la más pura pero más costosa,



se encuentra en la zona del estadio. La heroína que venden en el centro de la ciudad algunos opinan que tiene buena pureza, mientras que otros consideran que es más o menos pura.

Una forma de distinguir el grado de pureza de la heroína según varios de los entrevistados de ambas ciudades es el color. La mayoría dice que entre más blanca, más pura; otros dicen que la más pura es la de color marrón. Sin embargo, como dijeron algunos de ellos, la heroína nunca la venderán totalmente pura y es rendida con sustancias como harina o polvo.

Rentabilidad

La mayoría de los entrevistados de ambas ciudades consideran que la venta de heroína es muy rentable dadas las ganancias que puede dejar.

Carlos, 26

"El negocio de la heroína es súper rentable, hoy en día es lo que da plata; ya ni un restaurante porque la gente que tiene heroína no le provoca ni comer; eso ya es lo que da plata hoy en día. El mismo que me vende a mí era un gamín de la calle y ya vive en El Poblado, que es un sector de los mejores. Tiene carro, finca, de todo..."

Como mencionaron algunos de los que estuvieron involucrados en la venta (en Medellín), como vendedores conseguían la heroína a precios más bajos y la vendían mucho más cara, o de un gramo que compraban la rendían para varias dosis, las cuales vendían a altos precios; las ganancias podrían alcanzar hasta \$1'000,000 diarios. Algunos opinan que el negocio es realmente rentable cuando la persona que distribuye y/o vende no consume heroína, ya que el consumo implica ya sea que la persona que la vende consuma mayor cantidad dada la facilidad para conseguir la droga, o ya sea que termine consumiendo toda la "mercancía de venta" y empiece a generar pérdidas en el negocio.

Esteban, 24

"Pues sí, como que me dio la idea pues porque uno sabe que eso deja demasiada plata. Si usted tiene un buen contacto le dejan un gramo a usted por ejemplo de \$10.000 y usted lo puede estar vendiendo en \$30.000. Entonces póngase a hacer como el análisis, entonces de 200 que usted le invierta, se puede estar sacando millón quinientos, dos millones, deja mucha ganancia... Eso es plata, si uno sabe manejar eso, le va a ir demasiado bien. Entonces la idea mía era que iba a tener el



consumo ahí e iba a tener el dinero, entonces no me iba a escasear. Pero mentiras, empecé a vender, pero ya llega un punto en que ya me la empecé a consumir yo, y ya me confié de que tenía mucha, que podía consumir y vender y ya llegó un punto en que dije –pura m%\$&\$, me voy a meter esto ya, no la voy a vender.- Entonces me la empecé a meter yo solo”.

Influencia de la venta sobre el consumo

Respecto a aquellos que en un principio venden y no consumen, algunos de los entrevistados manifiestan que independientemente de que no consuman, tarde o temprano el que venda heroína se verá involucrado en el consumo; es una tentación constante.

Juana, 16

“Si tú estás ligado a las drogas te vuelves un adicto... Así no hayas consumido y yo empiece a vender me vuelvo una adicta porque nadie aguanta esa tentación, ni ese placer...”

Otros de los entrevistados opinan en cambio que el que vende y no consume, primero, al ver la magnitud de la adicción de los heroínómanos no se involucran en el consumo principalmente por temor; y segundo, el vender y consumir no es realmente lucrativo y literalmente “daña el negocio”.

Áreas de la ciudad donde venden heroína

Aunque el número de entrevistados de Bogotá fue mucho menor que el de Medellín, los de Bogotá nombran mayor cantidad de lugares en donde se puede adquirir la sustancia en la ciudad. Es importante recordar en este punto que la accesibilidad de la heroína en dichos lugares depende de tener los contactos que faciliten el acceso; de lo contrario, no es tan fácil la compra.

En Bogotá los lugares más nombrados fueron la L, el Parque de Lourdes y el centro de la ciudad en sitios más específicos como la Plaza de Bolívar. También mencionan lugares como la Zona Rosa (Zona T, calle 82), Chapinero y Calle 67 con 16 (un prostíbulo). Otros lugares también mencionados con menor frecuencia son: calle 116, calle 90 con carrera 15, Héroes, Santa Librada, Usaquén, calle 170 abajo de la Autopista Norte, arriba del Instituto Roosevelt, Avenida Boyacá entre calles 130 y 160 y olla “Las Brisas”, ubicada arriba de la Cárcel Distrital.

En Medellín dos de las plazas más grandes de venta son la Universidad de Antioquia y el centro. Otros lugares como Lovaina, el Parque del Periodista,



zona del estadio, Floresta, Buenos Aires y barrio El Poblado, son nombrados con menor frecuencia.

Personas conocidas que consumen y/o venden heroína

Existe un patrón general en el que se evidencia que los heroinómanos se conocen entre sí, así no sean amigos. Los entrevistados no dan una cifra exacta de cuántas personas consumidoras o vendedoras de heroína conocen y esta cifra varía de un sujeto a otro; existen personas que dicen conocer más de 60 consumidores de heroína. No obstante, es mucho menor el número de individuos que venden y consumen a la vez (máximo 15). Lo que sí se puede afirmar es el hecho de que casi la totalidad de los entrevistados conoce por lo menos una persona que venda y consuma la sustancia.

Zonas de donde proviene la heroína

Varios de los entrevistados de Medellín piensan que la heroína que consumen proviene de su propio departamento, de municipios como Guarne y Caucasia, y de la misma ciudad de Medellín, principalmente (de la heroína que viene directamente de esta ciudad dicen que es de muy mala calidad). Varios opinan también que viene de ciudades de la zona cafetera como Pereira y Armenia, y otros más consideran que la heroína proviene de otros países como Afganistán (de hecho existe la llamada heroína afgana, la cual, según comentan los entrevistados de Medellín, es muy pura y costosa). También nombran otras ciudades como Cúcuta, Cali y Bogotá; y los departamentos del Tolima, Guaviare y Caquetá (sin especificar municipios).

Los entrevistados de Bogotá, por otra parte, expresan mayor consenso respecto a la creencia de la procedencia de la heroína, considerando que la ciudad de donde proviene principalmente es Cúcuta. De hecho, uno de los entrevistados relata una ocasión en la que mandó traer por encargo heroína desde Cúcuta cuando no logró comprar en Bogotá.

Nicolás, 21:

"...No era muy frecuente pero cuando se agotaba, se agotaba, y nos tocaba buscar por donde fuera. Por allá había un flecho que nos mandaba los dedos de Cúcuta por correo, por Servientrega, por De Prisa, llegaban los dedos envueltos en un dedo de condón... Ya teníamos un contacto allá; llamábamos, consignábamos la plata en una cuenta y nos mandaban eso..."



17. Otros hallazgos

Además de lo indagado por el instrumento se encontraron temas que puede ser importante explorar más a fondo; por ejemplo, en Medellín algunas personas aseguraron que la presencia de la heroína está desencadenando dinámicas de violencia en la ciudad, y que bandas de crimen organizado están pagando por cada heroinómano muerto un millón de pesos; esto suena un poco extraño, pero probablemente se trate de personas que han contraído deudas o que están involucradas en problemas con bandas criminales.

En esta misma línea de hallazgos la mayoría de los consumidores de heroína, y especialmente quienes ya han sufrido el síndrome de abstinencia, tratan de evitar que otros consumidores de drogas prueben la heroína, y quienes dieron a probar esta droga a otras personas expresan culpa por lo ocurrido; pero esta situación contrasta con quienes tienen pareja, ya que se encontró que algunas personas tratan de hacer de sus parejas consumidores de heroína con el fin de mantener la privacidad del consumo, pero a su vez tener alguien que cuide de ellos mientras se encuentran bajo los efectos de esta droga.

Las personas que han tenido recaídas mencionan entre las razones para reincidir en el consumo, el hecho de recordar los efectos placenteros de la sustancia y el saber que pueden sobrevivir al síndrome de abstinencia o lo pueden manejar. A esto se añade la baja calidad de la atención en la mayor parte de los centros de tratamiento.

Vale la pena explorar la aparición de sustancias como el 2CB (que parece ser bastante popular en Alemania y de la que se hizo una sola mención), el uso en el país de heroína líquida y la existencia de 'crystal meth' (la persona que afirmó haberla usado la describió como 'una mezcla de cocaína, heroína y cristal'⁷).

Siete de los entrevistados, entre ellos dos mujeres, aseguraron que habían terminado viviendo en la calle como consecuencia del consumo de heroína, que los hizo perder el trabajo, romper los vínculos familiares, incrementar el consumo y abandonar cualquier actividad normal con el objetivo de conseguir dinero para continuar consumiendo.

Una proporción muy importante de los entrevistados dijo haber tenido ideas suicidas en diferentes ocasiones, directamente como resultado de la situación en la que se encontraban como consecuencia del consumo de heroína; dos de ellos hicieron intentos explícitos: uno

⁷ Aunque "Crystal Meth" suele hacer referencia a la metanfetamina en los países en los que su consumo es más común, por ejemplo los Estados Unidos.





intentó matarse con una sobredosis de heroína, otro utilizó deliberadamente jeringas de otras personas para infectarse con el VIH.

Conclusiones y recomendaciones

La presente investigación aporta una significativa cantidad de información sobre el fenómeno emergente del consumo de heroína en las dos ciudades más grandes de Colombia. Algunas de las conclusiones más sobresalientes son las siguientes:

1. Toda la información indica que ha habido un incremento lento pero sostenido del consumo de heroína en el país en los últimos años, y que este fenómeno es particularmente notable en la antigua zona cafetera (Antioquia, Quindío, Risaralda y Caldas). Virtualmente la totalidad de los entrevistados considera que ha habido un incremento importante del consumo de heroína en Bogotá en los últimos tres años.
2. Por lo menos en lo que se refiere a los centros visitados, el perfil más común de los pacientes corresponde generalmente a hombres de estratos medio y alto, con estudios universitarios incompletos, policonsumidores, usuarios actuales de benzodiazepinas y marihuana, con edades entre los 17 y los 30 años y familias disfuncionales, con las que no conviven actualmente. Muchos aseguran que solían ser buenos estudiantes, situación que cambió por el consumo de heroína y llevó a que una parte de ellos terminara viviendo en la calle. La mayoría ha estado en tratamiento anteriormente. Hasta el momento de iniciarse en el consumo, la gran mayoría ignoraba todo sobre la heroína y muchos aseguran que, aun cuando el placer inicial es muy intenso, la experiencia de depender de la heroína es lo peor que le puede suceder a un ser humano y que después de eso solo sigue la muerte. De hecho, es muy común escuchar que al cabo de un tiempo no se consume por el placer sino por evitar el síndrome de abstinencia.
3. Todos los entrevistados tenían una historia de consumo de SPA de cinco años o más; la heroína era en general la última SPA utilizada, aun cuando algunos la habían probado anteriormente y habían suspendido durante algunos años. En cuanto a las vías de administración, casi todos comienzan inhalándola o fumándola 'en chino' o 'balazo' y terminan inyectándose, pues es más barato y los efectos son más poderosos. Sorprendentemente, el compartir jeringas parece ser una práctica poco habitual por temor a infecciones como el VIH, la tuberculosis o la hepatitis, o lesiones en las venas. Muchos casos reportaron alucinaciones y delirios en el momento de la hospitalización, lo cual, como se sabe, es probablemente el producto de una



larga historia de consumo de múltiples SPA, pues la heroína sola no produce esos efectos. También se reportó con mucha frecuencia depresión, agitación motora e ideas suicidas.

4. El inicio del consumo de heroína tiende a ocurrir alrededor de los 18 años en esta población, que es la edad que corresponde a la salida del colegio y la entrada a la universidad; esto puede explicar el gran número de personas que aparecen como estudiantes universitarios o de carreras técnicas incompletas, pues todos habían abandonado sus carreras. Los jóvenes entrevistados aseguraban que la deserción estudiantil estaba directamente ligada al ‘enganche’ con la heroína.
5. La mayoría de los heroinómanos entrevistados ha estado anteriormente en tratamiento por su consumo de drogas pero ha recaído. Ellos expresan que el sitio en el que se encuentran actualmente es el que les ha proporcionado la mejor atención; además, agregan que el tratamiento de rehabilitación no debe limitarse a la desintoxicación y el tratamiento del síndrome de abstinencia, sino que debe ir acompañado de un fortalecimiento tanto a nivel personal como a nivel de las redes familiares. Indican que debería aumentar la capacidad de atención de los centros de rehabilitación puesto que los más económicos no tienen cupos o tienen una larga lista de espera y los de carácter privado son muy costosos; asimismo, señalan que en algunas entidades no se cuenta con personal capacitado y que el Estado no hace el debido seguimiento a los programas de tratamiento⁸.
6. En Bogotá varios usuarios hicieron referencia a centros de rehabilitación donde no existen tratamientos diferenciados, incluso reportan la existencia de centros donde se trabajan temas como ludopatía, trastornos alimenticios y consumo de sustancias psicoactivas empleando la misma modalidad de tratamiento.
7. La gran mayoría de las instituciones que tienen la obligación de atender urgencias por sobredosis (hospitales públicos) no están debidamente preparadas para ello, no tienen protocolos específicos, no llevan registros sistemáticos, y en ocasiones estos son tan ambiguos que ni siquiera hacen referencia a consumo de SPA sino solamente a ‘intoxicación por agente externo’. En el mismo sentido, muy pocas instituciones responsables de tratamiento conocen formas específicas de intervención, o llevan registros adecuados del número de personas vistas por consumo de heroína; la excepción son las dos entidades estatales (CAD del Hospital Santa Clara y CARISMA). Ninguna institución parece tener procedimientos

⁸ El seguimiento, la vigilancia y el control de estos servicios es responsabilidad directa de las direcciones territoriales de salud departamentales y distritales.



adecuados y suficientemente largos de seguimiento, por lo que las cifras sobre recaídas son generalmente intuitivas.

8. El manejo hospitalario de las emergencias se reduce, en la mayoría de los casos, a una estabilización del paciente, acompañada a veces de evaluación psiquiátrica y de recomendaciones para remisión. No se observó ningún caso de seguimiento poshospitalario de los pacientes atendidos por emergencias relacionadas con heroína.
9. Aun cuando uno de los objetivos del estudio era evaluar el número aproximado de emergencias hospitalarias asociadas al consumo de heroína en Bogotá y Medellín, tal información no se encuentra disponible en ningún sitio: siempre hacen ‘cálculos aproximados’ o ‘impresiones’ sin un fundamento claro.
10. Aparece una diferencia importante entre Medellín y Bogotá en lo que se refiere al involucrarse en la venta de heroína: mientras que la mayoría de los jóvenes de Medellín sí lo hacen, los de Bogotá no; esto puede estar relacionado con niveles socioeconómicos (hay un mayor número de jóvenes de estratos bajos en Medellín entre los entrevistados). La venta de heroína es percibida como un negocio peligroso en Medellín. Los consumidores de Bogotá dicen que ellos solo venden parte de su provisión a amigos en ‘épocas de escasez’. El objetivo de vender es financiar el propio consumo y tener independencia de los padres, pues es claro que se trata de un negocio rentable, en el que el ‘jíbaro’ al que el joven le compraba, se transforma en ‘proveedor’. Al ser una sustancia costosa, las ganancias económicas son grandes; esto es especialmente cierto en el caso de las personas que venden pero no la consumen.
11. Los consumidores se conocen entre sí aun cuando no sean amigos y constituyen una red que no es de apoyo ni de solidaridad, solamente de tener en común un comportamiento.
12. La modalidad más común de adquisición es por celular, y secundariamente en las ‘ollas’, y en Medellín en las universidades. Casi todos dicen que solamente se le vende a conocidos o ‘recomendados’. En cuanto a los sitios, hay opiniones muy variadas: algunos señalan sitios específicos (en Medellín el centro, el estadio, la Universidad de Antioquia y el Parque de los Periodistas; en Bogotá el Parque de Lourdes, la 170, la L, Usaquén, Santa Librada Sur, La Candelaria y Avenida Boyacá), pero otros dicen que se consigue en ‘cualquier parte’. El precio de las papeletas de buena calidad varía entre \$20.000 y \$60.000, dependiendo de la pureza y el color, aun cuando señalan que en Armenia esos precios son mucho menores. Desde que



se tengan los medios económicos para adquirirla, la heroína está a disposición y es muy raro que se agote.

13. Los 'jíbaros' que no consumen tienen una elevada probabilidad de empezar a consumir. Sin embargo, mientras algunos "caen en tentación", otros se abstienen debido a la experiencia de consumo de sus clientes (al ver el estado en que llegan y lo que llegan a hacer por conseguir la sustancia). El consumidor que acepta empezar a vender heroína modifica su relación con el "jíbaro" que les vendía a ellos: ahora se vuelve un proveedor; la mayoría son conscientes de que la venta de heroína no les ayuda en nada a salir del problema de la drogadicción, puesto que al tener tal disponibilidad de heroína, no existe preocupación de ninguna clase ni motivación para dejar de consumir. Casi la totalidad de los entrevistados conoce por lo menos una persona que realiza las dos actividades simultáneamente.
14. En Medellín existe la creencia que la heroína que consumen proviene de su mismo departamento (principalmente de Guarne y Cauca), e inclusive de la misma ciudad de Medellín. Mencionan además ciudades de la zona cafetera colombiana (Pereira y Armenia) y países como Afganistán (heroína que, aseguran, es de las más puras y costosas). En Bogotá, por otro lado, existe mayor consenso; gran parte de los bogotanos entrevistados considera que Cúcuta es la ciudad de donde traen la sustancia.

Recomendaciones

Es importante realizar este tipo de estudio en muchas más ciudades del país. Para lograr resultados más completos, es fundamental asegurar de antemano la colaboración de las entidades públicas. En este proyecto, no hubo colaboración de muchas entidades, especialmente en Bogotá.

También es esencial poder desarrollar los proyectos en otras ciudades con cronogramas más amplios, de manera que se faciliten tanto los procesos previos al trabajo de campo, se procure visitar el universo de instituciones y se amplíe el número de entrevistas a usuarios; en su defecto, se puede intentar crear un cuestionario y cuantificar parte de la información.

Deberán incluirse en próximos estudios instituciones privadas, como San Ignacio, la Clínica Marly, el Hospital Infantil San José, el Hospital San Rafael y otros similares, con el fin de tener una visión integral de las condiciones





que existen, globalmente hablando, para enfrentar un eventual problema de atención a heroinómanos.

Es de la mayor importancia que se ejerza un control adecuado sobre la metadona, pues en muchos casos los heroinómanos la venden para comprar heroína, o la mezclan con otras sustancias. Incluso parece que la entrega de grandes dosis o frascos a los usuarios de los servicios ha promovido el desarrollo de un “mercado negro”.

Los programas preventivos deberán incluir referencias a las implicaciones que tiene el inyectarse; en cuanto a la heroína misma, es esencial desarrollar formas específicas de prevenir que eviten los escollos creados por estrategias de comunicación masiva que terminan estimulando el consumo.

Por último, se sugiere que en el Ministerio de la Protección Social se implementen estrategias de capacitación y de control de las entidades públicas y privadas prestadoras de servicios de salud, con el fin de lograr un conocimiento más preciso de la evolución del problema.



Anexos

Anexo 1: Cuestionario para los directores de instituciones clínicas de Bogotá y Medellín en donde se ofrezca asistencia a consumidores de heroína

Ciudad _____

Nombre de la Institución _____

A. Emergencias

1. ¿Han tenido emergencias asociadas al consumo de heroína (sobredosis)?

Sí _____ No _____

En caso afirmativo, ¿cuántas? 2004 _____ 2005 _____ 2006 _____ 2007 _____
2008 _____ 2009 _____

2. ¿Su Institución tiene protocolos de asistencia médica en caso de que aparezca una persona con sobredosis de heroína? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor describa el procedimiento _____

3. Por favor describa el perfil de los pacientes: sexo, edad promedio, nivel socio-económico, nivel educativo, historia de consumo de drogas; ¿llegan solos? _____



4. ¿Cuál es el estado físico y psicológico en el que llegan estos pacientes?

5. ¿Su Institución tiene personal médico entrenado para el caso de que aparezca una persona con sobredosis de heroína? Sí _____ No _____

6. Una vez atendida la emergencia, ¿qué hacen con esos pacientes? _____

7. ¿ Han tenido casos de muertes por sobredosis de heroína? Sí _____ No _____

¿Cuántos? 2004_____ 2005_____ 2006_____ 2007_____ 2008_____ 2009_____

8. ¿Conoce usted en su ciudad otras instituciones que atiendan este tipo de casos? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor menciónelas:

B. Tratamiento

1. ¿Cuántas solicitudes de tratamiento han tenido por consumo de heroína en los últimos cinco años? 2004_____ 2005_____ 2006_____ 2007_____ 2008_____ 2009_____

2. ¿Su Institución tiene capacidad técnica (personal entrenado) de respuesta para esas solicitudes? Sí _____ No _____

En caso afirmativo, por favor describa el procedimiento

En caso negativo, ¿qué hacen con esos pacientes? _____



3. ¿Cuál es la disponibilidad de cupos para atender esas solicitudes?

_____ pacientes

4. ¿Qué tan grande ha llegado a ser su lista de espera? _____ pacientes

5. Cuando tienen su cupo lleno, ¿a dónde remiten a los pacientes?

6. Por favor describa el perfil de los pacientes: sexo, edad promedio, nivel socio-económico, nivel educativo, historia de consumo de drogas; ¿llegan solos? _____

7. ¿Cuál es el estado físico y psicológico en el que llegan estos pacientes?

8. ¿Hay un seguimiento a esos pacientes? Sí_____ No_____ En caso afirmativo, ¿durante cuánto tiempo y en qué consiste? _____

9. ¿Qué porcentaje de los pacientes recae? _____ ¿Cuántos vuelven a pedir tratamiento? _____



Anexo 2: Entrevista a consumidores de heroína

Datos demográficos (nombre ficticio, edad, sexo, NEd, NSE; padres y hermanos: edades, qué hacen. Esto puede ser utilizado para romper el hielo)

Se trata de una entrevista abierta, que será grabada, en la que se les informará a los sujetos que se trata de un estudio sobre 'drogas emergentes'. Se les asegurará la confidencialidad y anonimato, y se les sugerirá que hablen lo más fluidamente posible y que proporcionen todos los detalles que consideren pertinentes. El entrevistador podrá hacerles nuevas preguntas cuando lo considere pertinente.

1. Hábleme un poco de su vida y de su entorno familiar (actividades de los padres y hermanos, ambiente familiar, origen regional; qué tal estudiante fue)
2. Historia delincinencial (si ha estado preso, dónde, por cuánto tiempo y por qué)
3. ¿Cuánto hace que empezó a consumir drogas? ¿Y heroína (H)? ¿Qué sabía sobre la H? Expectativas y temores
4. ¿Cuáles son las vías de administración que ha utilizado con la H? ¿Cuál utilizó de últimas? ¿Por qué cambió? ¿Por qué se mantiene en la que usa?
5. ¿Cuál es su frecuencia de uso de H? ¿En qué dosis aproximadamente?
6. ¿Por qué empezó a consumir H? ¿Qué otras SPA ha consumido y en qué orden? ¿Cuáles consume actualmente? ¿Hay otras personas en su familia que consuman SPA o H?
7. ¿Ha tenido alguna vez una sobredosis? (pedir detalles al respecto). ¿Cómo lo atendieron y qué le hicieron durante y después de la urgencia?
8. ¿Ha estado en algún tratamiento por consumo de SPA? (detalles) ¿Y por consumo de H? ¿Cómo lo atendieron?
9. ¿Qué fallas ve usted en los servicios de salud que se ocupan de esto? ¿Qué propondría?
10. ¿Se ha visto involucrado en la venta de drogas? ¿Especialmente de H? ¿Cómo funciona eso? ¿Es rentable? ¿Cree que eso lo ayuda a salir del problema, o lo hunde más? (pedir explicaciones)
11. ¿En qué áreas de la ciudad se puede comprar H con mayor facilidad? ¿Precios, disponibilidad, pureza?
12. ¿Cuántas de las personas que usted conoce consumen H? ¿Cuántos de ellos también la venden? ¿Usted alguna vez le ha conseguido H a otros?



13. ¿Usted sabe de dónde viene (de dónde la traen) la H que se consigue aquí?

Perfil Psicosocial (se extrae de la entrevista)

- » Datos demográficos
- » Historia educativa
- » Historia delincinencial (si ha estado preso, dónde, por cuánto tiempo y por qué)
- » SPA consumidas y transiciones
- » Cómo llegó a la H

Anexo 3: Síntesis de tres entrevistas realizadas en Bogotá

A continuación se presentan los principales datos obtenidos de tres entrevistas realizadas en dos centros de tratamiento de Bogotá.

ENTREVISTA 1: JESÚS

Sexo: Masculino

Ciudad de nacimiento: Bucaramanga

Edad: 29 años

Estado civil: Soltero

NSE: Alto (6)

Barrio: La Calleja

Nivel educativo: Especialización en Gerencia de Recursos Humanos

Entorno familiar

Padre procedente de Barranquilla, madre santandereana. Vive con padres y hermana, menor de dos hermanos, hermana mayor (35 años), actualmente se encuentra interno en tratamiento. Papás casados hace 25 años. Buena relación con la familia en especial con la madre, quien ha sido su principal apoyo en el proceso de recuperación, aunque la relación es buena con los demás miembros, familia unida, buen ambiente familiar.

Vivió hasta los 13 años en Indonesia por trabajo del padre y regresó a Colombia a esa edad. No hay indicios de problemas significativos en la familia, lo único que refiere como problemática es su consumo, ya que no existen antecedentes.



Historia Educativa/Laboral

Estudió primaria por fuera del país, bachillerato en Bogotá, en varios colegios prestigiosos. Culminó estudios de especialización en gerencia de recursos humanos; se define a sí mismo como un estudiante no tan bueno, y pasaba las materias “raspando”. Posteriormente se dedicó a dictar clases de inglés.

Historia delincriminal

Nunca ha estado preso, ni detenido. No ha estado involucrado en microtráfico de drogas.

Historia de Consumo SPA / Vías de administración

Inicia consumo a los 14 años con marihuana y alcohol, aunque aclara que nunca le ha llamado la atención el alcohol. Prosigue consumo con:

16: cocaína

17: éxtasis – ácidos – hongos – cacao sabanero – popper

22 años: heroína (combinada con marihuana)

23 años: heroína sola

Como principal razón de inicio de consumo de heroína argumenta la curiosidad, nunca tuvo intención de consumir ya que no sabía que la heroína se fumaba, simplemente las circunstancias se dieron y la probó sin pensarlo. La probó mezclada por un año y a los 23 la empezó a consumir sola. A los 25 años abandonó el consumo de demás drogas para consumir solo heroína. Siempre la fumó, nunca la inyectó por temor a contraer enfermedades, a “quedar en la calle” o por temor a la muerte por sobredosis. Consumía diariamente dos gramos al día aproximadamente antes de llegar a tratamiento hace 36 días. Nunca ha tenido una sobredosis. Su consumo duró siete años, aunque los últimos cuatro fueron los más fuertes.

Experiencia en tratamiento

Estuvo en tratamiento ambulatorio del que no presenta quejas, se sintió bien atendido. Actualmente se encuentra en un centro de rehabilitación en tratamiento interno, no tiene quejas, dice que es bueno el servicio, aclarando que cuando se paga un servicio por privado todo es muy fácil. Pero cuando se va a buscar tratamiento por EPS, las cosas no son igual y por el contrario, hay complicaciones para que el drogadicto en general encuentre el apoyo de su



grupo de salud, siempre se le ponen obstáculos y no reconocen la drogadicción como una enfermedad.

A. Venta de heroína

Nunca ha estado involucrado en venta o distribución de SPA. La droga la conseguía con un jíbaro que le vendía, aunque cuando la droga se agotaba tenía un contacto en Cúcuta quien le mandaba la droga por correo.

Al principio mientras se hizo conocer en el medio, había desconfianza por parte del jíbaro, quien en el primer contacto lo citó en un lugar diferente a donde usualmente se encuentra vendiendo. Una vez se establece el contacto, conseguir la heroína es fácil. Así mismo, según lo que vio mientras estuvo en el consumo, la venta de heroína sí es un negocio rentable del cual se mantienen muchas familias de estratos medio y bajo.

Áreas de la ciudad donde se compra, precios, pureza, disponibilidad

La heroína se consigue en muchas áreas de la ciudad: Santa Librada Sur, La 170, Chapinero, Usaquén, La L, por mencionar algunos ejemplos. Los precios varían, la forcha (bolsas pequeñas Ziploc, de no más de un gramo) se consigue desde \$7.000, pero esta droga viene muy 'rendida'. La misma bolsa la pueden vender en \$20.000, y se supone es más pura.

Sin embargo, cuando la droga no estaba tan disponible, que no era muy común según él, Jesús tenía un contacto en Cúcuta, quien le mandaba una "tiza" (14-15 gramos de heroína) por \$200.000, y que según dice, era la más pura, heroína tipo exportación, rendía mucho.

Lugares de donde proviene la heroína

Cúcuta, producida por los paramilitares.

ENTREVISTA 2: SOFÍA

Ciudad de nacimiento: Bogotá

Sexo: Femenino

Edad: 17 años

Estado civil: Soltera, con novio mayor

NSE: Medio - Alto

Barrio: La Calera



Nivel educativo: Secundaria incompleta (10º), actualmente no estudia en el colegio (hace un año se retiró), toma clases particulares y trabaja como asistente de dirección en una Universidad de Bogotá, en el Departamento de Investigación.

Entorno familiar

Madre cartagenera, trabajadora social; padre bogotano, profesor universitario. Actualmente vive con la mamá, sus padres son separados. Se evidencia problemas en las relaciones en especial de ella con su madre, con quien la relación ha mejorado después de terminar el tratamiento de internado hace seis meses. Con su padre tiene buena relación; se ven entre semana algunos días y los fines de semana. Tiene tres hermanos mayores todos hombres. Los dos mayores son hijos solo de la mamá (de 27 y 28 años), el menor es hijo solo del papá (24 años). La relación es muy cercana con los dos mayores, mientras que con el menor no hay contacto.

Se evidencia falta de comunicación y falta de dedicación a los hijos, especialmente hacia Sofía, los padres solo se percatan del consumo cuando sufre de una sobredosis. Así mismo, hay antecedentes de consumo de drogas (incluyendo heroína) por parte de los dos hermanos mayores de Sofía.

Sofía tiene una relación con una persona hace 11 meses, y es mayor que ella nueve años.

Para ella, su novio es muy importante; sin embargo, percibe desinterés por parte de él en el problema de consumo que ella tuvo.

Historia educativa/laboral

Sofía estudió hasta 10º; suspendió los estudios hace aproximadamente un año, aunque en la actualidad se encuentra tomando clases particulares. Trabaja además en una universidad de Bogotá en el Departamento de Investigación, como asistente de dirección.

Historia delincencial

Nunca ha estado presa, ni detenida. No ha estado involucrada en microtráfico de drogas. Sin embargo, su hermano de 27 años ha estado detenido en varias ocasiones por hurto, a causa del consumo.





Historia de consumo SPA/Vías de administración

Sofía se inicia en el consumo de SPA a los doce años con alcohol y marihuana. Posteriormente a los quince años consume heroína. Dice no haber probado ninguna otra SPA, pero las tres anteriores las consume desde los 15 años simultáneamente, hasta hace seis meses que salió de tratamiento; desde ese momento se ha mantenido abstinencia.

Argumenta que inició el consumo de heroína, debido a la presencia constante de esta droga en su casa por el consumo de sus hermanos mayores. Aunque nunca ninguno de ellos la incitó al consumo, Sofía quiso saber el por qué actuaban de cierta manera bajo los efectos de la heroína.

Desde el inicio se la inyectó ya que nunca supo cómo consumirla de otra manera, diciendo que aunque sabía que se podía fumar, no sabía cómo hacerlo. De esta sustancia no sabía mayor detalle, simplemente lo que veía en sus hermanos. No tenía expectativas ni temores, solo la simple curiosidad de saber qué se sentía. Empezó a sentir temor una vez sintió que no podía controlar el consumo. Casi inmediatamente empezó el consumo a los 15 años, se inyectaba heroína entre tres o cuatro veces al día. Nunca llegó a fumarla ya que pensaba que la sensación y la traba eran diferentes, que con la inyectada era más fuerte.

A los diecisiete años sufrió una sobredosis, razón por la que fue internada en la institución donde culminó tratamiento hace seis meses. Duró consumiéndola dos años.

Experiencia en tratamiento

Sofía fue atendida por sobredosis de heroína a los 17 años en la Clínica Shaio. Según reporta, llegó por EPS y la atención no fue buena. Sintió que hubo desinterés por parte del personal médico ya que no se interesaban por sus dolencias y la visitaban para ver su estado de salud cada tercer día. Del tratamiento que le suministraron no da mayor detalle, solo que fue tratada con suero y naloxona.

Respecto a los centros de tratamiento, Sofía tiene una buena imagen argumentando que los métodos utilizados y el amor que le dan es esencial para su recuperación, además de la importancia de ser tratada por personas que vivieron situaciones similares a la suya, por lo que existe mayor entendimiento y empatía con los pacientes del centro. Para Sofía cualquier institución, sea clínica



o sea centro de tratamiento, debe considerar el tener profesionales que den buen trato a sus pacientes y se interesen genuinamente por lo que les sucede.

Venta de heroína

Sofía nunca se ha visto involucrada en venta o distribución de drogas. Dice que la heroína la conseguía por un muchacho de su barrio que también consumía y la contactó con un dealer del Parque de Lourdes, que le suministraba la droga, o en ocasiones, el muchacho de su barrio se la compraba directamente.

Dice que fue difícil en un principio conseguir la heroína debido a que el jíbaro no la conocía, y al verse tan pequeña de edad fue difícil la venta. Una vez superado este primer contacto, la heroína era fácilmente adquirida por nuestra entrevistada.

Sofía resalta que el negocio de la venta de heroína o de cualquier droga es rentable, ya que según ella, "todo el mundo consume". Sin embargo, el estar involucrado en la venta de SPA puede llevar al problema de la adicción a quien no haya probado o hundir más a quien ya esté consumiendo.

Áreas de la ciudad donde se compra, precios, pureza, disponibilidad

Aparte del Parque de Lourdes, lugar donde Sofía compraba la sustancia, menciona otros puntos de venta, tales como: Avenida Boyacá entre 130 y 160 y La L. Respecto a los precios, un gramo lo compraba por \$20.000. Sin embargo, dice que la heroína la rinden con cosas como harina o polvo.

En cuanto a la disponibilidad, dice que nunca tuvo problemas para conseguirla porque estuviera escasa, siempre estuvo a la venta.

Lugares de donde proviene la heroína

No sabe de dónde la traen.

ENTREVISTA 3: ALDECO

Ciudad de nacimiento: Bogotá

Sexo: Masculino

Edad: 28 años



Estado civil: Soltero, con novia.

NSE: Medio

Barrio: Mosquera

Entorno familiar

Familia compuesta por padre, madre y hermana de 27 años. Antes que empezara a consumir el ambiente familiar era bueno, pero una vez comenzó el consumo las relaciones se deterioraron sobre todo con la hermana con quien actualmente tiene contacto. Tiene una hija que tiene 13 años, pero no tiene contacto con ella desde los 3 meses de edad; no sabe dónde está. Antes de llegar a rehabilitación vivió con su novia actual, a quien conoció en el centro donde actualmente se encuentra en tratamiento quien le dijo que si no se rehabilitaba, no la volvería a ver. Padres oriundos de Chiquinquirá, Caldas.

No existen antecedentes de consumo de drogas en la familia.

Historia escolar/laboral

Aldeco estudió hasta 9º grado, debido a que por el consumo de drogas dejó de estudiar. Trabaja desde los 15 años; empezó en un restaurante, trabajó en fincas, en empresas privadas. Actualmente no se encuentra ni estudiando, ni trabajando debido a que se encuentra en tratamiento hace 21 días.

Historia delincriminal

Ha estado preso en dos ocasiones: la primera por robo a mano armada, daño en bien ajeno y agresión y la segunda por robo de automotores (pertenecía a una banda en Bogotá). Ha conseguido droga a otros pero no ha sido llevado preso por esta razón.

Historia consumo SPA/Vías de administración

Inicia el consumo de SPA a los 12 años con alcohol, es un consumo fuerte y problemático. Desde los 14 aproximadamente se evidencia problemas serios con el consumo de esta sustancia. Posteriormente consume: 15 años: cigarrillo; 16 años: marihuana, basuco y 23 años: heroína. El consumo de la heroína lo inicia por curiosidad, pero también por problemas familiares (en especial la



pérdida del contacto con su hija desde recién nacida), que según él, lo llevan a experimentar nuevas sensaciones.

Desde el inicio se la inyectó, argumenta que nunca le llamó la atención inhalarla por su experiencia previa con el perico, el cual le dejaba una sensación molesta en la garganta y en la nariz, que lo hizo cogerle fastidio. Por ello, nunca consideró inhalarla.

Su consumo fue relativamente corto (duró 5 meses) en el que tuvo una época de veinte días en la que consumió todos los días. El resto del tiempo la consumía tres o cuatro veces por semana.

De la sustancia no sabía mucho, pero lo que mayor curiosidad despertó fue un documental que vio en televisión. Sin embargo, su gran miedo era morir por una sobredosis (teniendo en cuenta que presencié la muerte de dos conocidos por esta causa) y el miedo al deterioro físico que presentan las personas consumidoras de esta sustancia. El presenciar la muerte de estas dos personas marcó su vida, y según él sin ningún tratamiento nunca más volvió a consumir.

Nunca experimentó una sobredosis.

Experiencia en tratamiento

Respecto al tratamiento por sobredosis, Aldeco no da mayores detalles de la percepción que tiene respecto a estos servicios. Respecto a los centros de rehabilitación considera que lo más importante es el buen trato que le den como paciente, y que es vital para la recuperación. No está de acuerdo con terapias de choque y con malos tratos (por la experiencia que tuvo en otras instituciones).

Venta de heroína

Aldeco tuvo un dealer inicial el cual fue asesinado poco tiempo después de que empezó a consumir. Este dealer lo conoció por un compañero de estudio que también consumía y que poco tiempo después murió de sobredosis. Gracias a ese primer contacto, continuó comprando por la misma zona (Galerías).





Referencias

- Cano, A.M. (2009). *Seminario de capacitación sobre heroína*. UNODC-MPS.
- Dirección Nacional de Estupefacientes-Fundación Santa Fe de Bogotá (1996). *Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en Colombia*. Bogotá: Editorial Carrera 7ª.
- Mejía Motta, I. E. (2003). *La inyección de drogas en Bogotá: una realidad oculta*. Bogotá: Programa Rumbos, Presidencia de la República. (Director del proyecto e Investigador Principal: Augusto Pérez Gómez).
- Mejía Motta, I. E. y Pérez Gómez, A. (2005). *La inyección de drogas en Bogotá: una amenaza creciente*. *Adicciones*, 17, 251-260.
- Ministerio de la Protección Social-CICAD. (2004). *Encuesta nacional sobre consumo de sustancias psicoactivas en jóvenes escolarizados de 12 a 17 años*. Bogotá: MPS.
- Ministerio de la Protección Social, DNE, UNODC (2009). *Encuesta Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2008*. Bogotá: MPS, DNE y UNODC.
- Pérez Gómez, A. et ál. (2002). *Juventud y consumo de sustancias psicoactivas: resultados de la encuesta nacional de 2001 en jóvenes escolarizados de 10 a 24 años*. Bogotá: Programa Rumbos, Presidencia de la República.
- Pérez Gómez, A. (2007). *Transiciones en el consumo de drogas en Colombia*. Bogotá: Dupligráficas.
- UNODC. (2006). *Drugs World Report*. Viena: UNODC.
- (2007). *Drugs World Report*. Viena: UNODC.
- (2008). *Drugs World Report*. Viena: UNODC.
- (2009). *Drugs World Report*. Viena: UNODC.
- (2010). *Drugs World Report*. Viena: UNODC.

