



GOBIERNO DE
MÉXICO

SALUD

SECRETARÍA DE SALUD

CONADIC

COMISIÓN NACIONAL CONTRA
LAS ADICCIONES



**Caracterización de los
Servicios para Personas
que Consume Heroína,
Fentanilo y otros
Opioides en la Frontera
Norte**



DIRECTORIO

Dr. Jorge Alcocer Varela
Secretario de Salud

Dr. Gady Zabicky Sirot
Comisionado Nacional contra las Adicciones

Dr. Jorge Julio González Olvera Director
General

Lic. Arístides Bautista Bautista
Director de Comunicación Educativa

Dra. Evaluanda Barrón Velázquez
Directora de Vinculación y Coordinación Operativa

Lic. Monserrat Lovaco Sánchez
Directora de Coordinación de Estrategias

Mtra. Nadia Robles Soto
Directora de Coordinación de Programas Nacionales

Lic. Alejandra Rubio Patiño
Directora de Cooperación Internacional

Mtro. Arturo Sabines Torres
Director de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco

Lic. Evangelina Tapia Pérez
Directora de Estrategia y Procesos

Lic. Daniela Videgaray Arias
Directora de Área

Planeación y coordinación

Mtra. Nadia Robles Robles¹
Mtro. Eiji Alfredo Fukushima Taniguchi¹
Dr. Gady Zabicky Sirot¹
Dr. Jorge Julio González Olvera¹

Levantamiento en campo:

Dr. Alejandro Sánchez Guerrero²
Lic. Rafael Cortés Fuentes²
Lic. Nancy Leticia Castillo Vitez

Apoyo en análisis cualitativo:

Antrop. Yazmin Sánchez²

Desarrollo del informe:

Mtra. Nadia Robles Robles
Mtro. Eiji Alfredo Fukushima Taniguchi
Mtra. Xóchitl Flores del Ángel¹

© Comisión Nacional contra las Adicciones
Ciudad de México, 2020

Agradecimientos y descargo de responsabilidad.

Los editores desean agradecer al Observatorio Interamericano sobre Drogas (OID-CICAD-OEA) por el apoyo y la orientación brindados durante la implementación de este estudio.

Este estudio se ha desarrollado con el financiamiento de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. Los contenidos, datos, vistas o posiciones incluidas en él, son responsabilidad exclusiva de los autores y editores (Comisión Nacional contra las Adicciones), y no necesariamente reflejan las opiniones o posiciones del Observatorio Interamericano sobre Drogas o la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas.

¹ Comisión Nacional contra las Adicciones, Secretaría de Salud.

² Colaboradores en el proyecto CONADIC-OID-CICAD-OEA.

La Comisión Nacional contra las Adicciones agradece la colaboración de las siguientes Instituciones y Organizaciones:

- Comisión Estatal contra las Adicciones del Estado de Sonora
- Comisión Estatal de Atención a las Adicciones del Estado de Chihuahua
- Comisión Estatal contra las Adicciones de Baja California
- Clínica CASIC
- Clínica especializada en tratamiento de adicciones reencuentro A.C.
- Fundación Jóvenes Unidos IDAR A.C.
- Oasis del Desierto de Mexicali
- Vida Integración del Hombre A.C. Sección Mujeres
- Servicios Especializados en Recuperación de Adicciones A.C. SERADICC A.C.
- Centro de Higiene Mental "Dr. Carlos Nava Muñoz"
- Jóvenes Volviendo a Nacer
- CPV Solidaridad A.C.
- CIDA Palo Verde A. C
- Clínica para Menores Palo Verde A.C.
- U.C.R.A.D. Sonora, A.C.
- Clínica Jail (Adicciones y Mujeres, A.C.)
- Unidad de Desintoxicación (UNDEX NOGALES)
- Centro de Integración para Adictos y Alcohólicos en Recuperación (CIAAR), A.C.
- Centro de Integración para Adictos y Alcohólicos en Recuperación (CIAAR #4), A.C.
- Fundación Héctor y Reina, A.C. (Centro Jayil)
- C.I.A.D. de Cananea A. C #6
- Casa Albergue contra las Adicciones
- CIDA Nogales, A.C.
- Centro de rehabilitación Renovación de Vida, A.C.
- Clínica Especializada en el Tratamiento de las Adicciones "El Despertar" I.A.P.
- Adictos Unidos en Recuperación, A.C.
- Centro de Tratamiento y Rehabilitación para Adictos A. C.
- Centro Especial para Adictos, A.C. División Hombres (CEA Matriz)
- Centro Especial para Adictos, A.C. División Mujeres
- CEIDA Hay una solución
- Centro de Rehabilitación CIAD de Cananea # 15
- Tratamiento Avanzado en Adicciones, A.C. TAVAD
- Casa Hogar Fe y Vida A.C.
- Centro Terapéutico Profesional en Atención a las Adicciones (CE.A.A.), A.C.
- Centro de Integración para Adictos y Alcohólicos en Rehabilitación (C.I.A.A.R.), A.C.
- Centro de Rehabilitación para Adictos Proyecto Ave Fénix 2000, A.C.
- Centro de Tratamiento para Alcohólicos y Drogadictos Chihuahua (CETAD CH), A.C.
- Centro de Tratamiento para Adicciones RAIBU, A. C.
- Un Mensaje de Dios (DOXA), A.C.
- Hacia un Paso Mejor, A.C.
- Amar Chihuahua
- Centro de Rehabilitación para Adictos "Proyecto Ave Fénix 2000", A.C.
- Centro Integral para Adictos y Alcohólicos en Recuperación (CIPAAR), A.C.
- CRECAVI
- Unidad de Hospitalización de Ciudad Juárez, Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Centro de Restauración Volver a Volar A.C.
- Centro de Rehabilitación Volver a Vivir, A.C.
- Centro de Rehabilitación para Adictos Proyecto Ave Fénix 2000 A.C Mujeres
- Centro para el tratamiento y manejo de las adicciones Cuarto Paso, A.C.
- Grupo Juárez 2006, Centro de Rehabilitación, A.C.
- Servicios de Alcance y Atracción de Adictos en Recuperación (SAADAR), A.C.
- Reto a la Juventud México I.A.P.
- Un Nuevo Día en Luz, A.C.
- Vivir El Proceso, A. C.
- D.A.R.E. A. C.

- Unidad de Hospitalización de Tijuana, Centros de Integración Juvenil, A.C.
- Centro de Superación Contra las Adicciones (CESCA), A.C.
- Ciudad de Cananea, A.C.
- C.E.D.A. A.C. Hogar Cristina
- Nueva Vida DAR, A.C.
- La Posada del Buen Samaritano
- Casa Hogar CRREAD, A.C.
- Profesionales contra la adicción
- Centro de la Conducta
- Unidades de Tratamiento para Usuarios de Heroína, CIJ Cd. Juárez
- Instituto del Noroeste contra las adicciones
- Clínica Integral de Tratamiento contra las Adicciones
- Profesionales contra la adicción
- Profesionales contra la adicción
- Asistencia Médica contra la Adicción
- Asistencia Médica contra la Adicción
- Clínica Integral de Tratamiento contra las Adicciones
- Unidades de Tratamiento para Usuarios de Heroína, CIJ Tijuana
- Integración Social Verter A.C. ("Verter AC")
- Fátima, I.B.P.
- Programa Compañeros, A.C.
- Prevencasa A.C

Contenido

I.	Introducción	6
II.	Método.....	8
	Objetivos específicos.....	8
	Tipo de estudio.....	8
	Tamaño de la muestra	8
	Instrumentos.....	8
	Estrategia de levantamiento de la información en campo.....	10
III.	Resultados.....	10
	1. Panorama epidemiológico del consumo de heroína, fentanilo y otros opioides y características de los usuarios de los servicios.	11
	2. Caracterización de los servicios de atención para personas que consumen heroína, fentanilo y otros opioides	20
	3. Características de los operadores de servicios de centros de tratamiento	22
	4. Otros aspectos que caracterizan el tratamiento en los centros residenciales.	30
	5. Caracterización de las clínicas de metadona	35
	6. Otros aspectos que caracterizan el tratamiento en las clínicas de metadona.	41
	7. Organizaciones de la Sociedad Civil.	45
IV.	Conclusiones	49
V.	Referencias.....	51

I. Introducción

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT, 2016-2017) la prevalencia del consumo de heroína es baja entre la población general (menor al 0.1%, alguna vez en la vida). En el contexto de la atención, el Observatorio Mexicano de Drogas registró en 2018, 144,931 usuarios que solicitaron tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas (incluyendo alcohol y tabaco), de los cuales 2.4% (3,434 usuarios) eran consumidores de opiáceos

o fármacos opioides y, de estos últimos, 2,561 fueron usuarios de heroína. La mayor proporción de estos consumidores se encontraron en los estados de Baja California, Chihuahua, Colima, Guerrero, Michoacán, Oaxaca y Sonora. En el ámbito de la atención hospitalaria, se registraron 492 ingresos a urgencias y 191 egresos hospitalarios relacionados con el consumo de opiáceos.

Si bien las encuestas nacionales no identifican prevalencias significativas y la demanda de atención es baja, se debe advertir que, en el caso de México, los consumidores de este tipo de sustancias no viven habitualmente en un hogar formalmente establecido y no necesariamente acuden o reciben tratamiento. Por ello, y con el propósito de explorar las dinámicas de estos grupos, en 2018 se llevó a cabo un estudio para caracterizar a usuarios de heroína (y otros opiáceos y opioides) en la frontera Norte de México (Fleiz-Bautista y cols.,2019).

El citado estudio fue de tipo etnográfico y se realizó en lugares de consumo y centros de tratamiento, identificando, entre otros fenómenos, que la sobredosis por uso de heroína implican un latente riesgo de muerte entre los consumidores, aunado a la falta de acceso a la atención médica de urgencia, ya sea por carencia de servicios o por estigmatización del usuario. Asimismo, la combinación de heroína con otras drogas como el cristal, la cocaína u opioides sintéticos (Tramadol, Darvón, Metadona, Oxiconona, etc.) reviste un mayor riesgo para la salud de los consumidores; existe un alto índice de recaídas, debido a que los usuarios pueden tener una baja percepción del problema, al tiempo que aprecian baja efectividad en los tratamientos, además que el tratamiento de sustitución con metadona es escaso y poco accesible.

Los establecimientos residenciales que reciben a estos usuarios, en su mayoría proporcionan el programa de 12 pasos o programas basados en la fe, los cuales no necesariamente brindan atención médica o psicológica para tratar la dependencia. Por otro lado, existe un alto grado de discriminación hacia estos grupos por parte de sus familias, en el campo laboral o bien, cuando se encuentran bajo alguna modalidad de tratamiento. Adicionalmente, la pobreza y la falta de oportunidades son una barrera para mejorar las condiciones psicosociales de esta población.

Esta investigación sirvió como un gran antecedente para cuestionar el estatus de los servicios de atención y cómo estos responden a las necesidades de los usuarios. Sin duda alguna, una motivación central fue identificar las brechas existentes para que estos grupos tengan acceso a servicios sanitarios y sociales. En este contexto, el Observatorio Mexicano de Drogas y el Observatorio Interamericano sobre Drogas de la CICAD, impulsaron el desarrollo de una investigación para caracterizar a los servicios de atención para personas que consumen heroína, fentanilo y otros opioides en tres estados de la frontera norte de México: Baja California, Chihuahua y Sonora.

II. Método

Objetivo del proyecto

Realizar la caracterización de los servicios de atención para usuarios de heroína, fentanilo y otros opioides en tres estados de la frontera norte de México: Baja California, Chihuahua y Sonora.

Objetivos específicos

- Presentar un análisis de la situación epidemiológica del uso de heroína, fentanilo y otros opioides y caracterizar el panorama de consumo de los usuarios en cada una de las tres entidades federativas.
- Identificar las características de los servicios de atención que se ofrecen para personas que consumen heroína, fentanilo y otros opioides en las tres entidades federativas.
- Identificar el perfil profesional y/o formación técnica de los operadores en las instituciones que atienden a personas que consumen heroína, fentanilo y otros opioides.
- Analizar otros aspectos relevantes en la atención del consumo de heroína, fentanilo y otros opioides, como el tipo de intervenciones, accesibilidad al tratamiento, barreras en la atención y la respuesta en casos de intoxicación aguda y abstinencia.

Tipo de estudio

Se trató de un estudio no experimental, de observación directa a través de grupos focales, entrevistas, encuestas y visitas a centros de atención.

Tamaño de la muestra

La muestra estuvo conformada por 254 participantes, 156 fueron hombres (61.4%) y 98 mujeres (38.6%). Participaron 59 unidades de atención (de tipo ambulatorio y residencial), 11 clínicas de sustitución con metadona y 4 Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC) que implementan programas de reducción de daños en los Estados de Baja California, Sonora y Chihuahua.

Instrumentos

Los instrumentos se diseñaron *ad hoc* y en su elaboración se consideraron diversas dimensiones que dieran respuesta a los objetivos planteados en el estudio. La validación se realizó a través de un método de jueceo con expertos, mediante una entrevista dirigida para conocer su opinión de los instrumentos y la aplicación de una escala de conveniencia para cada reactivo o tópico.

Respecto a las encuestas, se desarrolló un cuestionario de 60 reactivos que, dada la naturaleza de la atención en los establecimientos participantes, fueron adaptados y diferenciados para los centros de tratamiento residencial y para las clínicas de sustitución con metadona; sin embargo, los tópicos considerados fueron los mismos en ambos casos (ver Tabla 1).

Tabla 1. Dimensiones abordadas en la encuesta

Dimensiones	
a)	Características de la unidad de atención
b)	Características del personal operativo
c)	Capacitación y formación de recursos humanos
d)	Características de la población que demanda tratamiento
e)	Condiciones asociadas a las dinámicas del tratamiento
f)	Características del tratamiento
g)	Dificultades experimentadas durante la prestación de los servicios

En los grupos focales se utilizó una guía de temas (7 tópicos y 21 preguntas) para abrir el diálogo e intercambio entre los operadores de los servicios (ver tabla 2).

Tabla 2. Guía de temas en los grupos focales

Ejes	Temas
a) Características de las personas que solicita tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Contextos, características de los usuarios Adecuación del tratamiento a los destinatarios Participación, motivación e interés
b) Modelo de tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> Revisión de experiencias Desempeño del modelo de atención Adecuación del modelo de tratamiento a contextos, sexo, grupos vulnerables y necesidades de salud Proceso de organización Articulación del programa del centro residencial con otros programas
c) Reducción del daño	<ul style="list-style-type: none"> Estrategias de intervención de reducción de riesgo y daños Procedimientos y técnicas de Intervención Seguimientos, registro y periodicidad
d) Evaluación de las intervenciones	<ul style="list-style-type: none"> efectividad y alcances. Estrategias de registro y seguimiento Cuidado de elementos normativos y legislativos en la atención
e) Necesidades de capacitación	<ul style="list-style-type: none"> Detección de necesidades de capacitación Percepción de capacitación disponible en la entidad
f) Reinserción social	<ul style="list-style-type: none"> Benéficos percibidos del tratamiento Condiciones que enfrentan los pacientes al concluir su tratamiento Reincorporación a su entorno
g) Características de las instalaciones del centro	<ul style="list-style-type: none"> Características físicas del centro

Asimismo, se diseñó una entrevista semiestructurada de 19 preguntas para los responsables de las Organizaciones de la Sociedad Civil (OSC), que primordialmente realizan acciones de reducción de daños en la frontera. Los temas centrales se señalan en la tabla 3.

Se debe destacar que a todos los participantes se les proporcionó un formato de consentimiento informado, previo a la participación en la aplicación del cuestionario, entrevista y/o grupo focal.

Tabla 3. Dimensiones de la entrevista semiestructurada

Dimensiones	
a)	Características y funcionamiento de la OSC
b)	Vinculación interinstitucional de atención y apoyo
c)	Programas de reducción del daño

- d) Características de la población beneficiada
- e) Patrones de consumo de sustancias
- f) Opinión de los sistemas de atención a los usuarios de heroína y otros opioides

Estrategia de levantamiento de la información en campo

A la par del diseño de instrumentos y con base en la experiencia previa de la investigación en la frontera norte³, se seleccionaron las tres ciudades en las que se realizó dicho estudio (Tijuana, San Luis Rio Colorado y Ciudad Juárez) y se agregaron 3 ciudades más. Para tener acceso a las unidades de atención y sus operadores, se hizo un acercamiento con las autoridades estatales (Comisiones Estatales contra las Adicciones [CECA]) a través de videoconferencias, para presentarles el protocolo del estudio, poner a consideración las ciudades propuestas y la forma en la que se coordinaría la logística. Favorablemente para el proyecto, las CECA propusieron el levantamiento para dos ciudades más, logrando la participación de 74 unidades en ocho ciudades (ver tabla 4).

Tabla 4. Centros y organizaciones participantes

Estado	Ciudad	Centros residenciales participantes	Clínicas de metadona participantes	Organizaciones de la Sociedad Civil (reducción de daños)
Baja California	Tijuana	6	4	1
	Mexicali	5	2	1
	Ensenada	3	1	
Sonora	Hermosillo	8	1	
	Nogales	9	1	
	SLRC	6		
Chihuahua	Chihuahua	10		1
	Ciudad Juárez	12	2	1
Total		59	11	4

El trabajo de campo implicó la aplicación de las cédulas de forma grupal y entrevistas mediante la asistencia a los centros, clínicas de metadona y OSC⁴; para llevar a cabo los grupos focales, las CECA convocaron a los operadores de los servicios en sus instalaciones gubernamentales. El trabajo de campo tuvo el acompañamiento permanente de las Comisiones Estatales contra las Adicciones y fue supervisado por un comité integrado por miembros del Observatorio Mexicano de Drogas (CONADIC), el Observatorio Interamericano sobre Drogas⁵ y el asesor responsable del levantamiento. El levantamiento en campo se llevó a cabo del 3 de junio al 12 de julio de 2019.

III. Resultados

Debido a la heterogeneidad de las situaciones y contextos de consumo en cada una de las Entidades y su atención, la caracterización de los usuarios y servicios adquiere un particular grado de complejidad. Por ello, con el propósito de hacer más sencillo el análisis de resultados, se presentarán inicialmente las características de los consumidores, identificadas a través de fuentes primarias y secundarias, para después caracterizar a los servicios y describir algunas de las características más relevantes de la atención en cada modelo de asistencia (centro residencial, clínica de metadona y OSC que realizan reducción de daños).

³ Diagnóstico del consumo de heroína en la frontera norte: dimensión y contexto. Estudio realizado por el Instituto Nacional de Psiquiatría, en colaboración con CONADIC y con el Financiamiento de la Oficina Internacional de Antinarcóticos y Procuración de Justicia (INL) a través de la Iniciativa Mérida.

⁴ En todos los casos se buscó asistir a los servicios, con el propósito de observar de forma directa las dinámicas de atención y condiciones de los servicios. Sólo en aquellos casos en los que no fue posible acudir a los establecimientos, el levantamiento se realizó mediante un formulario en línea.

⁵ Como parte de la supervisión participó un miembro del OID-CICAD quien presenció el levantamiento de información en Ciudad Juárez, Chihuahua.

1. Panorama epidemiológico del consumo de heroína, fentanilo y otros opioides y características de los usuarios de los servicios.

1.1. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (2016-2017) muestra que la prevalencia de consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida en la población de 12 a 65 años fue de 9.9%. Los Estados de Baja California, Chihuahua y Sonora se ubicaron por arriba de la media nacional con 13.5%, 11.7% y 10.3% respectivamente (ver tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia alguna vez en la vida del consumo de drogas ilegales

Entidad	Prevalencia %	Hombres	Mujeres
Baja California	13.5	21.8	5.1
Chihuahua	11.7	18.4	5.2
Sonora	10.3	15.7	4.9

En la población de 12 a 17 años la prevalencia de consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida fue de 6.2%. Baja California presentó una prevalencia de 5.1%, Chihuahua de 5.9% y Sonora de 6.1%. Mientras que para la población de 18 a 34 años la prevalencia nacional fue de 14.5%. Los Estados de Baja California y Chihuahua se ubicaron por arriba de esta prevalencia con 18.6% y 16.5% respectivamente, mientras que Sonora presentó una prevalencia de 13.3%.

Por otro lado, la prevalencia de consumo de drogas ilegales en el último año en población de 12 a 65 años fue de 2.7%. Los Estados de Baja California, Chihuahua y Sonora se ubicaron por arriba de la prevalencia nacional con 2.7%, 3.4% y 3% respectivamente (ver tabla 6).

Tabla 6: Prevalencia Último años en la vida del consumo de drogas ilegales

Entidad	Prevalencia %	Hombres	Mujeres
Baja California	2.7	7.5	1.3
Chihuahua	3.4	4.8	2.0
Sonora	3.0	5.3	0.7

Entre la población de 12 a 17 años la prevalencia de consumo de drogas ilegales en el último año fue de 2.9%. En los tres Estados, esta prevalencia de consumo se ubicó por arriba de la media nacional con 3.0% para Baja California, 4.1%, Chihuahua y 3.2% para Sonora. Mientras que, para la población de 18 a 34 años, la prevalencia nacional fue de 4.6%. Los Estados de Baja California, Chihuahua y Sonora se ubicaron por arriba de la prevalencia nacional con 7.6%, 5.3% y 4.2%, respectivamente.

En cuanto al consumo de heroína y otros opioides, se observó una baja prevalencia a nivel nacional. De acuerdo con datos de la ENCODAT 2016-2017, el consumo de heroína alguna vez en la vida fue de 0.2% y la prevalencia de consumo del último año fue de 0.1%. Sin embargo, los estados que tienen proximidad con los Estados Unidos presentan una dinámica notable del consumo de drogas inyectables y en particular de la heroína.

1.2. Recopilación de datos de los centros de tratamiento

Respecto a la demanda de tratamiento, el Observatorio Mexicano de Drogas recopila datos de tres fuentes principales, los 336 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) pertenecientes a la Secretaría de Salud, las 116 unidades de los Centros de Integración Juvenil (CIJ, A.C.) y las unidades residenciales de las Organizaciones No Gubernamentales (no cuantificables).

⁶ Fleiz-Bautista y Col., 2019. Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México. México; INPRFM.

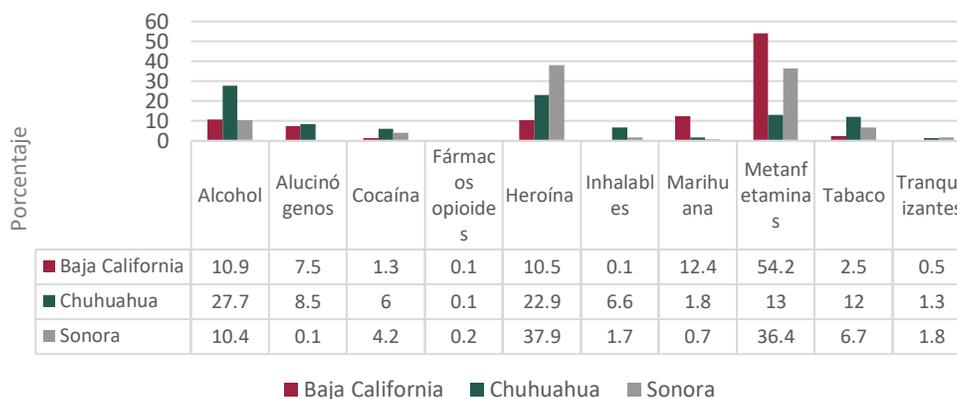
De acuerdo a las atenciones otorgadas por consumo de sustancias entre los años 2018⁷ y 2019⁸, en Baja California fueron atendidos 14,986 usuarios, en Chihuahua 15,615 y en Sonora 3,337 (ver tabla 7).

Tabla 7. Demanda de tratamiento por droga de impacto en las tres Entidades del estudio

Sustancia	Baja California			Chihuahua			Sonora		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Alcohol	344	1,284	1,628	1,307	3,019	4,326	118	230	348
Alucinógenos	85	1,046	1,131	169	1,153	1,322		2	2
Cocaína	30	170	200	88	851	939	19	121	140
Fármacos opioides	3	15	18	8	15	23	1	5	6
Heroína	96	1,472	1,568	521	3,053	3,574	233	1,033	1,266
Inhalables	4	10	14	85	949	1,034	3	53	56
Marihuana	349	1,505	1,854	56	221	277	4	20	24
Metanfetamina	1,060	7,055	8,115	390	1,646	2,036	275	939	1,214
Tabaco	147	230	377	744	1,132	1,876	80	142	222
Tranquilizantes	18	63	81	70	138	208	18	41	59
Total	2,136	12,850	14,986	3,438	12,177	15,615	751	2,586	3,337

Como se puede observar en la figura 1, la demanda de atención en los tres estados está relacionada principalmente con el consumo de metanfetamina (52.4% en Baja California, 13% en Chihuahua y 36.4% en Sonora), seguida por el de heroína (10.5% en Baja California, 22.9% en Chihuahua y 37.9% en Sonora) y de alcohol (10.9% en Baja California, 27.7% en Chihuahua y 10.4% en Sonora). Se advierte también que los hombres, en comparación con las mujeres, asisten o demandan más tratamiento. En el caso de la demanda de atención por consumo de heroína, en Baja California la relación es 15:1, en Chihuahua 5:1 y en Sonora 4:1. Por otro lado, la demanda por consumo de fármacos opioides es escasa en las tres Entidades.

Figura 1. Distribución de personas que demandaron tratamiento por consumo de sustancias en 2018-2019

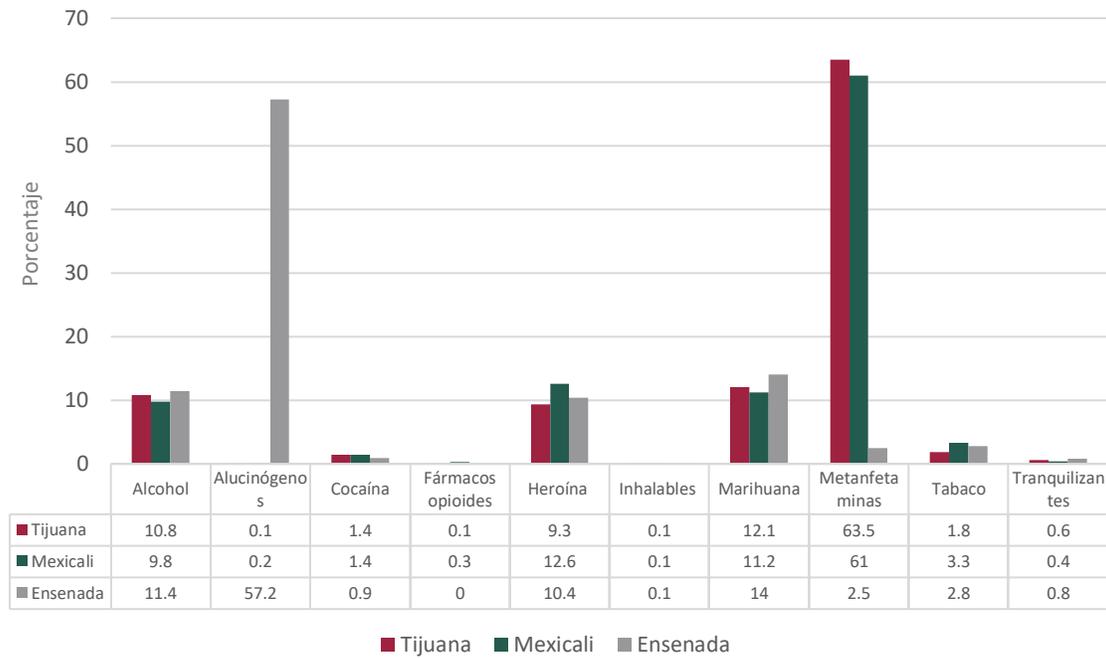


Respecto a las ciudades de Baja California, es notable que en Tijuana y Mexicali la demanda por consumo de metanfetamina es alta (65% y 61% respectivamente), no así en Ensenada, donde la mayor demanda se relaciona con el uso de alucinógenos (57.2%). La demanda de atención por consumo de heroína (Tijuana 9.3%, Mexicali 12.6% y Ensenada 10.4%) es muy similar a la de marihuana (Tijuana 12.1%, Mexicali 11.2% y Ensenada 14%) y de alcohol (Tijuana 10.8%, Mexicali 9.8% y Ensenada 11.4%), ver figura 2.

⁷ Fuentes: Sistema de información de las Comisiones Estatales contra las Adicciones (SICECA) de CAPA, Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD) de CIJ y Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de unidades residenciales de las ONG.

⁸ Fuentes: Sistema de información de las Comisiones Estatales contra las Adicciones (SICECA) y Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (SIECD).

Figura 2. Distribución de personas que demandaron tratamiento por consumo de sustancias en 2018-2019 (Baja California)



Respecto al sexo y la demanda por consumo de heroína, existe una mayor proporción de hombres en comparación con las mujeres (ver tabla 8). En el caso de la demanda en Tijuana la relación es 12:1, en Mexicali 17:1 y en Ensenada 27:1.

Tabla 8. Demanda de tratamiento por droga de impacto en Baja California

Sustancia	Tijuana			Mexicali			Ensenada		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Alcohol	140	701	841	144	354	498	35	186	221
Alucinógenos	1	8	9	1	8	9	83	1,030	1,113
Cocaína	20	92	112	9	61	70	1	16	17
Fármacos opioides	1	5	6	7	9	16	--	--	--
Heroína	54	673	727	35	604	639	7	195	202
Inhalables	1	7	8	2	2	4	1	1	2
Marihuana	186	760	946	88	480	568	58	215	273
Metanfetamina	685	4,264	4,949	362	2,736	3,098	13	35	48
Tabaco	58	82	140	53	113	166	31	24	55
Tranquilizantes	10	34	44	5	16	21	3	13	16
Total	1,158	6,630	7,788	699	4,380	5,079	232	1,715	1,947

En el Estado de Chihuahua, en Chihuahua (Capital) y Ciudad Juárez, la demanda de tratamiento se percibe uniforme para el caso de la marihuana, el alcohol, la metanfetamina y el tabaco. La demanda por consumo de heroína alcanza el 8.9% en Chihuahua y 6.8% en Ciudad Juárez (ver Figura 3) y la proporción de hombres y mujeres se mantiene 9:1 en Chihuahua y 12:1 en Ciudad Juárez (ver Tabla 9).

Figura 3. Distribución de personas que demandaron tratamiento por consumo de sustancias en 2018-2019 (Chihuahua)

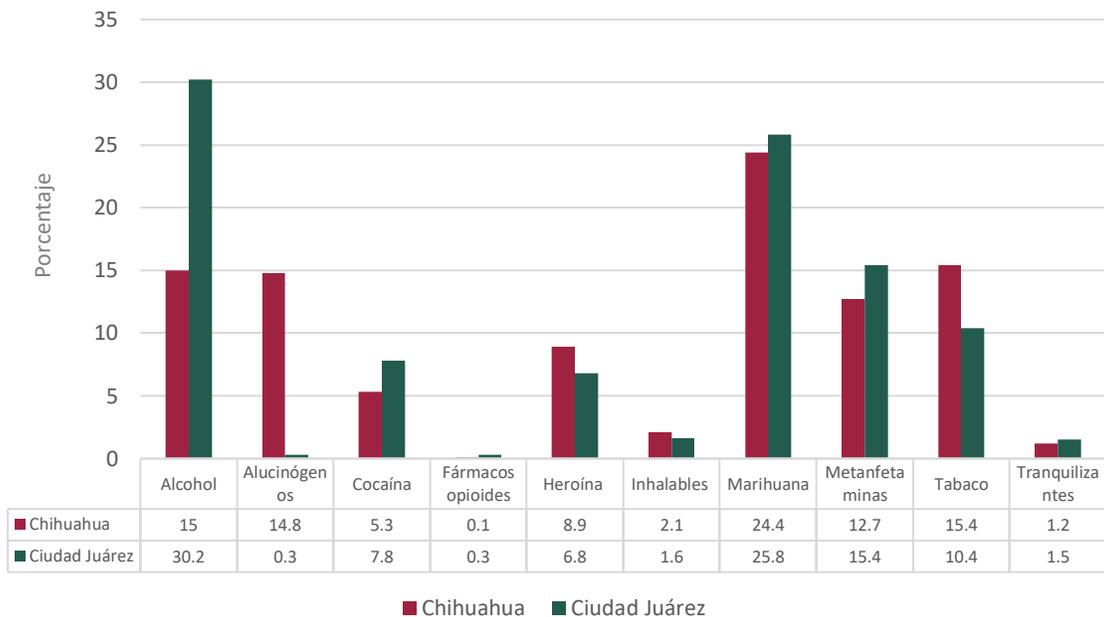


Tabla 9. Demanda de tratamiento por droga de impacto en Chihuahua

Sustancia	Chihuahua			Ciudad Juárez		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Alcohol	222	672	894	571	1,298	1,869
Alucinógenos	134	748	882	3	14	17
Cocaína	33	280	313	51	430	481
Fármacos opioides	1	5	6	7	9	16
Heroína	52	477	529	32	388	420
Inhalables	34	92	126	17	80	97
Marihuana	234	1,219	1,453	219	1,381	1,600
Metanfetamina	165	589	754	164	792	956
Tabaco	357	561	918	260	386	646
Tranquilizantes	29	43	72	23	73	96
Total	1,261	4,686	5,947	1,347	4,851	6,198

A diferencia de lo que sucede en Baja California y Chihuahua, en Sonora la demanda de atención obedece principalmente al consumo de metanfetamina y marihuana. La demanda por consumo de heroína es de 1.8% en Hermosillo, 2.3% en Nogales y 9.3% en SLRC (ver Figura 4). En esta Entidad, en las ciudades de Nogales y SLRC no se observó demanda de tratamiento por parte de las mujeres (ver tabla 10).

Figura 4. Distribución de personas que demandaron tratamiento por consumo de sustancias en 2018-2019 en Sonora

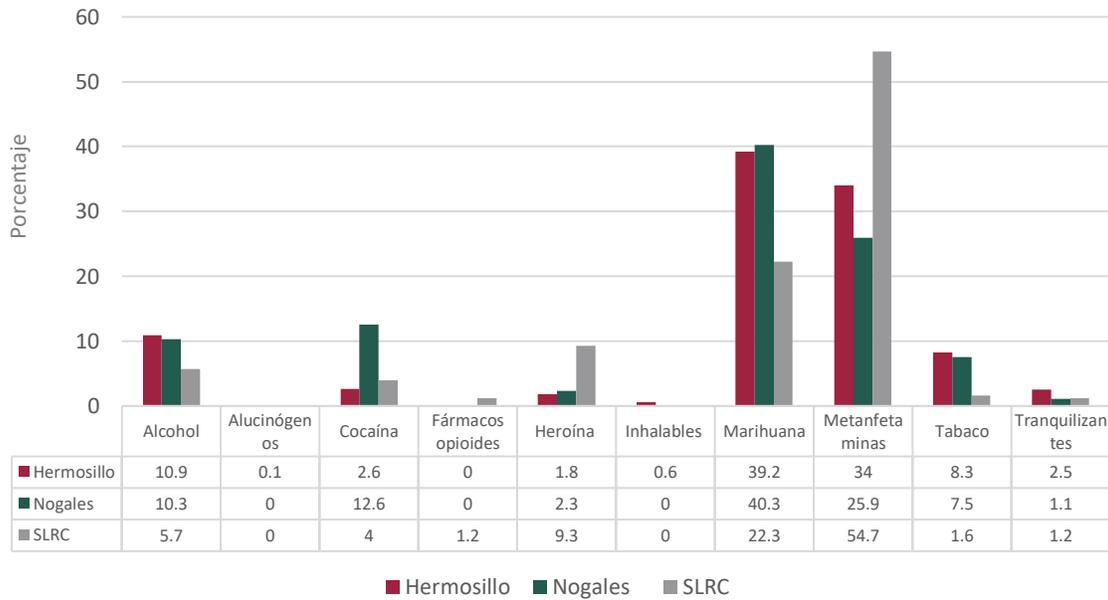


Tabla 10. Demanda de tratamiento por droga de impacto en Sonora

Sustancia	Hermosillo			Nogales			SLRC		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
Alcohol	39	71	110	24	34	58	5	9	14
Alucinógenos	--	1	1	--	--	--	--	--	--
Cocaína	5	21	26	10	61	71	1	9	10
Fármacos opioides	--	--	--	--	--	--	1	2	3
Heroína	--	18	18	3	10	13	--	23	23
Inhalables	--	6	6	--	--	--	--	--	--
Marihuana	71	324	395	49	178	227	15	40	55
Metanfetamina	80	262	342	37	109	146	38	97	135
Tabaco	28	56	84	17	25	42	--	4	4
Tranquilizantes	5	20	25	4	2	6	1	2	3
Total	228	779	1,007	144	419	563	61	186	247

1.3. Datos recientes del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente"

Adicional a las fuentes de información de las unidades de atención, el estudio sobre el diagnóstico del consumo de heroína en la frontera norte, recogió datos actualizados desde otras fuentes de información secundaria. Entre ellas se destaca el trabajo recientemente publicado (20 de marzo de 2019) por investigadores y autoridades del Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente", que realizó un estudio con 600 personas⁹ que se encontraban en tratamiento por consumo de heroína en centros de tratamiento y 391 personas, que también consumían heroína, pero que fueron entrevistadas en sitios de consumo de las ciudades de Tijuana, Baja California, Ciudad Juárez, Chihuahua y San Luis Río Colorado, Sonora.¹⁰

El citado estudio deja al descubierto datos reveladores sobre las características y dinámicas de consumo de quienes asisten a tratamiento (particularmente a centros residenciales). La muestra estuvo compuesta por una mayor proporción de hombres (89.7%) en comparación con las mujeres (10.2%). Estas últimas tenían un promedio de edad de 32.9 años, en comparación con los hombres que tenían en promedio de edad de 40.2 años. El estudio determinó que tanto el consumo de drogas como la forma de uso inyectable era mayor en los hombres.

Respecto a su historia de consumo, la edad promedio de inicio con cualquier droga ilegal fue de 14 años (hombres, 13.8; mujeres, 15.6), la primera vez que consumieron heroína fue a los 20.8 años en promedio (hombres, 20.6; mujeres, 21.9) y a los 21.2 años iniciaron su consumo vía intravenosa (hombres, 21.1; mujeres, 22.3).

Previo a su ingreso a tratamiento, el consumo de heroína era alto: 96.8% consumía heroína a diario y en promedio 5 veces al día, siendo la vía intravenosa la más frecuente. El 56.2% de los usuarios manifestó consumir heroína únicamente por vía intravenosa; el 32.9% combinó heroína con metanfetamina (cristal); 5.4% lo hizo mezclando heroína con cocaína (speedball) y 2.7% consumió heroína fumada.

En cuanto al consumo de opioides sin prescripción médica, el tramadol es el opioide que reportaron con mayor uso en las tres ciudades. Destaca en SLRC el alto consumo de Darvón, Metadona y Oxycodona. En Tijuana se reportaron los porcentajes más altos de Hidrocodona y Buprenorfina (ver Tabla 11).

Tabla 11. Principales opioides consumidos fuera de prescripción médica

Sustancia	Tijuana (%)	SLRC (%)	Cd. Juárez (%)
Tramadol	73.6	79.6	91.0
Darvón	31.8	37.9	35.3
Metadona	23.6	34.0	19.9

⁹ Se aplicaron 200 encuestas por ciudad.

¹⁰ Fleiz-Bautista et al. Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México. Ciudad de México, México: INPRFM; 2019.

Oxicodona	12.7	18.4	3.2
Hidrocodona	14.5	12.6	1.3
Bubrenorfina	3.6	--	2.6

Respecto al consumo de fentanilo, del total de entrevistas en el estudio, sólo seis de ellas refirieron haberlo consumido alguna vez en su vida (cuatro fueron mujeres) y entre estos la mitad, es decir, tres personas lo consumieron en los 30 días previos al estudio. Cuatro casos reportaron consumirlo a diario, con un promedio de siete veces por día. Solo en un caso se mencionó que el consumo fue vía inhalada y en los restantes fue inyectado. Este reducido grupo expresó que al fentanilo lo conocen comúnmente como “china white”, “M30”, “heroína sintética” o “polvo blanco”.

Experimentar eventos de sobredosis por el consumo de heroína en algún momento de su vida es algo que suele ocurrir a la mayoría de estos usuarios de drogas. Es así como al 66.8% le ha sucedido y han tenido en promedio 4.2 sobredosis. El 24.7% experimentó esta situación en los últimos 12 meses, con un promedio de dos sobredosis. La utilización de agua con sal inyectada fue el método más utilizado para tratar la sobredosis (32%), seguido de acudir o solicitar los servicios de atención a emergencias (29.5%), el uso de hielo en diferentes partes del cuerpo (13.4%), en algunas ocasiones recurrieron a dar golpes (9%) y sólo un muy bajo porcentaje refirió utilizar Naloxona para tratar de revertir la sobredosis (1.6%). En el 42.1% de los casos fueron los amigos de los usuarios quienes los ayudaron con la sobredosis, personal médico ayudó en el 13.2% de los casos, la pareja del usuario ayudó en el 7.5% y el restante 7.3% fueron desconocidos.

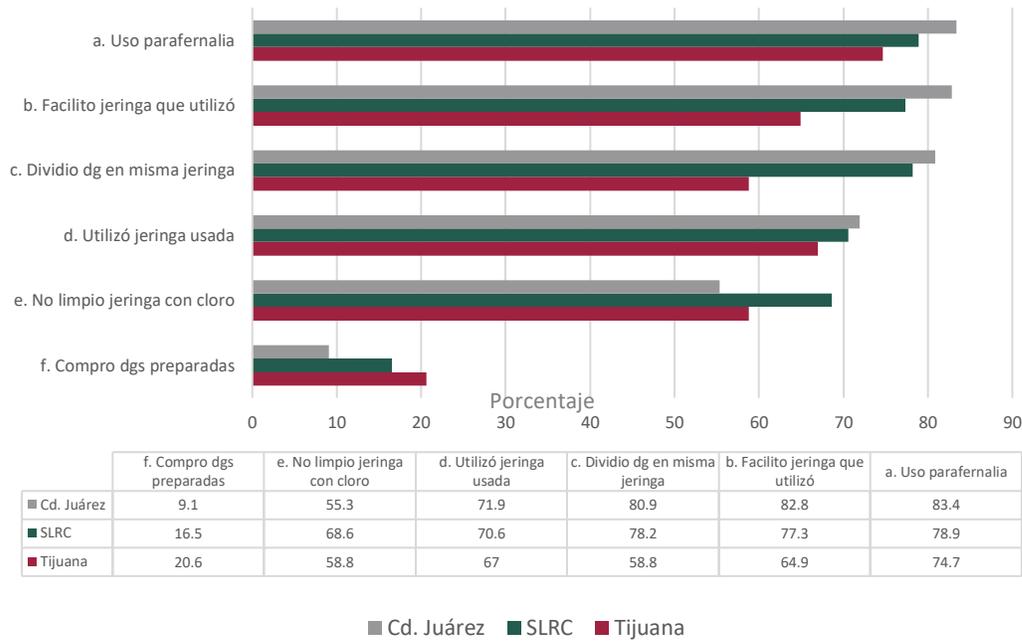
El estudio encontró diferentes prácticas de riesgo asociadas con el consumo de drogas vía parenteral, entre otras (ver Tabla 12):

Tabla 12. Prácticas de riesgo en (Tijuana, Cd. Juárez y SLRC)

Práctica de riesgo	%
a) Utilizó la parafernalia para el consumo de droga que otro usuario ya había utilizado	79%
b) Dio, rentó o prestó a otra persona una jeringa que previamente había utilizado	75.1%
c) Dividió droga usando una misma jeringa	72.7%
d) Usó alguna jeringa que ya había sido utilizada previamente	69.8%
e) Nunca limpió con cloro una jeringa antes de utilizarla	60.8%
f) Compró drogas ya preparadas en una jeringa	15.4%

Como se observa en la figura 5, las cuatro principales prácticas de riesgo entre consumidores de drogas vía parenteral tienen porcentajes más altos en Ciudad Juárez, seguido de SLRC y Tijuana.

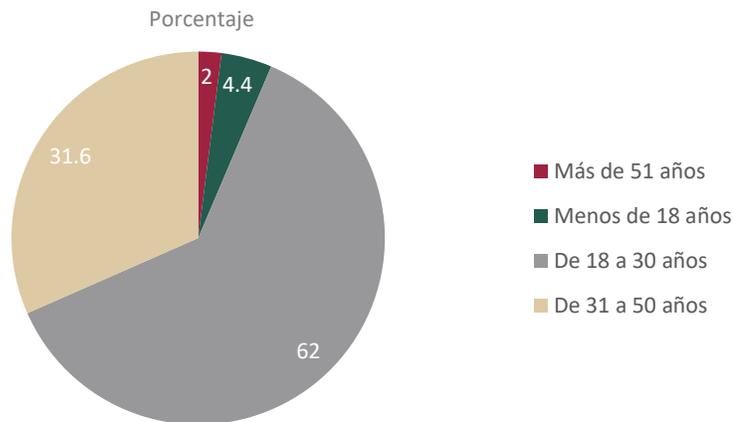
Figura 5. Porcentaje de prácticas de riesgo en consumidores de drogas por vía parenteral



Respecto a la pureza de las sustancias, el número de quienes consumen heroína pura es cada vez menor, entre otras razones porque esta sustancia se vende “cortada” con metanfetamina (“cristal”). Además, identifican que la heroína que actualmente se oferta en las calles no les produce los mismos efectos, o bien, tienen que inyectarse un mayor número de veces para sentir los efectos deseados y evitar la abstinencia, lo que facilita experimentar la combinación con otras drogas. La vía de administración tiende a variar, algunos usuarios refieren consumirla inhalada, porque de esta forma no los segrega como a los consumidores que se inyectan. Entre quienes se inyectan, requieren inyectarse de tres a cuatro dosis en un día.

Si bien no era un propósito central del estudio caracterizar a los usuarios de los servicios, se identificaron algunas cualidades generales, entre otras, que en la mayoría de los casos atendidos correspondía a personas jóvenes, de 18 a 30 años (60%) y de 32 a 50 años (31.6%), ver figura 6.

Figura 6. Población atendida en los centros residenciales participantes (edad)



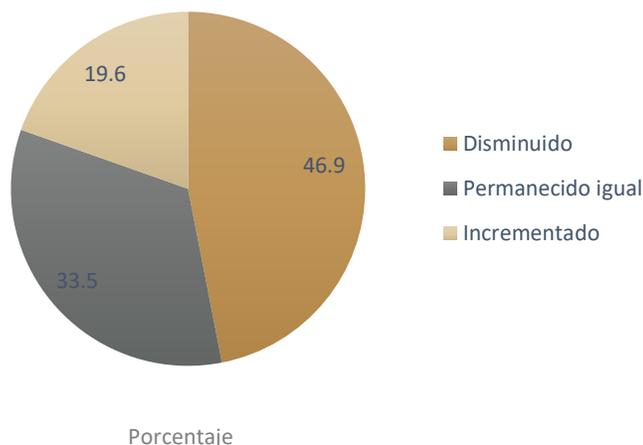
Respecto a otras características de la población atendida, los operadores de los servicios estiman que una baja proporción (del 1% al 10%) pertenecen a la comunidad LGBTTI+, han vivido en situación de calle, son migrantes o viven con VIH (ver tabla 13).

Tabla 13. Características de las personas que solicitan atención en los centros residenciales

% atribuido	LGBTTI+	Situación de Calle	Migrantes	Con VIH
0%	11.5	3.6	23.8	10.9
1 a 10%	56.8	27.0	35.1	56.3
11 a 20%	14.2	17.9	15.1	15.6
21 a 30%	6.0	8.7	5.9	4.7
31 a 40%	3.3	7.7	8.1	3.6
41 a 50%	2.7	10.2	6.5	6.8
51 a 60%	1.6	4.1	1.6	0.0
61 a 70%	3.3	5.1	0.5	0.0
71 a 80%	0.0	5.6	1.6	2.1
81 a 90%	0.5	6.6	1.1	0.0
91 a 100%	0.0	3.6	0.5	0.0

En relación a los usuarios de heroína atendidos, es difícil establecer el número de pacientes ingresados típicamente; sin embargo, se preguntó a los operadores si consideraban que el número de ingresos se había mantenido igual, había disminuido o había aumentado. Sólo el 20% consideró que el número de usuarios había incrementado (ver figura 7).

Figura 7. Tendencia de la atención a usuarios en los últimos tres años



Considerando que el uso de fentanilo fue uno de los elementos importantes en el estudio, se preguntó a los operadores por el número de ingresos debidos al consumo de esta sustancia. En la mayoría de los casos los operadores consideran que no existen ingresos por fentanilo y, de haberlos, no rebasan el 10% de la demanda general.

En el contexto de las acciones de las OSC de Reducción de Daños, en Tijuana los operadores de Prevencasa confirmaron que existe uso de fentanilo. Esta referencia se fundamenta en estudios en los que han participado, donde se hicieron pruebas directas a las sustancias. Creen que esto está directamente relacionado con el incremento del 100% en el número de sobredosis. Identifican que muchos de los usuarios lo estaban utilizando, pero desconocían que fuera fentanilo, ya que a la sustancia la conocen como la "sintética" o la "china". Quienes llegaban a identificar que era fentanilo, por lo general eran

personas con mejores condiciones socioeconómicas o quienes tenían contacto directo con los distribuidores de drogas. En Mexicali, la Organización Verter ha aplicado pruebas toxicológicas donadas por los Estados Unidos y Canadá y hasta ese momento ninguna había salido positiva para fentanilo, aunque sospechan de la presencia de esta sustancia por el incremento que han observado en el número de sobredosis. En Ciudad Juárez no han tenido conocimiento directo del uso de fentanilo, pero algunos usuarios refieren que con lo que están consumiendo el efecto dura más que con la heroína, aunque no supieron identificar exactamente a qué tipo de sustancia hacían referencia.

En resumen, los usuarios de heroína y otros opioides, son personas jóvenes de más de 30 años, que por lo regular llevan entre 15 y 20 años consumiendo y en su mayoría son hombres. Pocas de las personas que llegan a tratamiento tienen características que acentúan su vulnerabilidad, como pertenecer a la comunidad LGBTTI+, ser migrantes, vivir en situación de calle o tener VIH. Por otro lado, estos usuarios suelen tener prácticas de riesgo, como compartir jeringas o parafernalia con otros usuarios. Los usuarios de estas sustancias presentan un deterioro físico y psicológico importante, sin mencionar la inhabilitación para realizar actividades cotidianas como tener un trabajo fijo o la vinculación con la familia. En este sentido, cuentan con poco apoyo familiar y social para poder subsistir. Justo en este contexto, los usuarios de heroína suelen recurrir a la búsqueda de integración y pertenencia social, por lo que llegan a integrarse permanentemente con pares consumidores; sin embargo, a pesar de encontrar esta forma de vinculación, ello no evita que se sientan insatisfechos y aislados. Una de las razones para mantenerse en grupo, es encontrar el apoyo de otros consumidores en caso de sobredosis. Su llegada a tratamiento suele ser por cuenta propia, motivados por dejar temporalmente el consumo por los daños físicos asociados.

2. Caracterización de los servicios de atención para personas que consumen heroína, fentanilo y otros opioides

La atención para usuarios de sustancias suele brindarse en unidades de tipo ambulatorio y residencial.

2.1. Unidades de Tratamiento

Unidades ambulatorias

Están representadas, primordialmente, por unidades gubernamentales (Centros de Atención Primaria en Adicciones y Centros de Integración Juvenil [ver tabla 14]).

En las ocho ciudades, la oferta de unidades ambulatorias es relativamente mayor, en comparación con otras ciudades del país; sin embargo, en la experiencia de estas unidades, los consumidores de sustancias como la heroína no suelen demandar tratamiento, pues los modelos de atención no se ajustan a sus necesidades. Asimismo, debe destacarse que en unidades como los Centros de Atención Primaria en Adicciones, durante algunos años se mantuvo como criterio de exclusión al tratamiento el uso de heroína, por considerarse que estas unidades no contaban con suficientes recursos técnicos y humanos para dar respuesta a aspectos como el síndrome de abstinencia o los problemas de salud derivados. En la actualidad este criterio se ha eliminado, pues se advierte que mantenerlo limita el acceso de los usuarios a otros servicios de salud, cuya puerta de entrada podrían ser estas unidades de primer nivel. Cabe mencionar que el presente estudio no orientó el trabajo de campo a las intervenciones de estas unidades, debido a que quienes atienden principalmente a los usuarios de heroína son los establecimientos residenciales, las clínicas de metadona y las OSC.

Tabla 14. Unidades ambulatorias

Estado	Ciudad	Centros de Integración Juvenil		
		Centros de Atención Primaria	Clínicas de metadona	Unidades ambulatorias
Baja California	Tijuana	4	1	2
	Mexicali	5	--	1
	Ensenada	5	--	---
	Hermosillo	2	--	1
Sonora	Nogales	1	--	1
	SLRC	1	--	--
Chihuahua	Chihuahua	2	--	1
	Ciudad Juárez	3	1	1

Total	25	2	7
--------------	-----------	----------	----------

Unidades de atención residencial

Respecto a la atención residencial, se han identificado tres modalidades de atención ofertadas en estas unidades de tratamiento¹¹, que se describen a continuación:

- I. **Establecimientos profesionales:** son clínicas u hospitales creados formalmente, que cumplen con todos los requisitos estipulados en las leyes y brindan tratamiento médico y psicosocial acorde a principios científicos, sociales y éticos. Las clínicas de sustitución con metadona suelen tener servicios profesionales.
- II. **Establecimientos de ayuda mutua:** son servicios de internamiento otorgados en centros manejados por ex consumidores, utilizando distintos programas de ayuda mutua (como el de los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos), suelen recibir apoyo externo de médicos, psicólogos u otros profesionales de la salud cada vez que ingresa un nuevo paciente o cuando es necesaria su presencia.
- III. **Establecimientos mixtos:** reúnen la participación de profesionales de la salud y de personas que son ex consumidores de drogas con largos periodos de abstinencia, en su atención combinan la intervención de profesiones y la filosofía de los grupos de ayuda mutua.

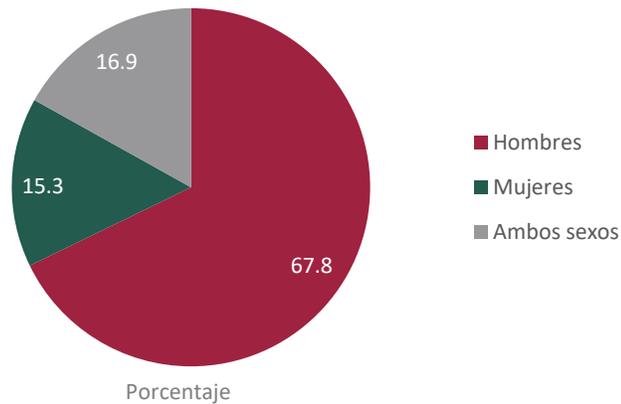
De los 59 centros residenciales de tratamiento que participaron en el estudio, el 54.2% fueron establecimientos de ayuda mutua, 39% eran establecimientos mixtos y 6.8% eran establecimientos profesionales. De los centros participantes, sólo el 49.6% contaba con el reconocimiento de la Comisión Nacional contra las Adicciones,¹² lo que indica que la mitad de los centros muy probablemente ofertan servicios que carecen de criterios mínimos de calidad en la atención.

Por otro lado, 55 de los centros participantes fueron privados y 4 fueron públicos, lo cual habla de la escasa oferta gubernamental en este tipo de servicios. Otra de las características a destacar es que los servicios se orientan primordialmente a la atención de hombres y sólo una reducida proporción a la de mujeres o de ambos sexos (ver figura 8).

¹¹ Estas unidades pertenecen principalmente al sector privado o a las organizaciones de la sociedad civil.

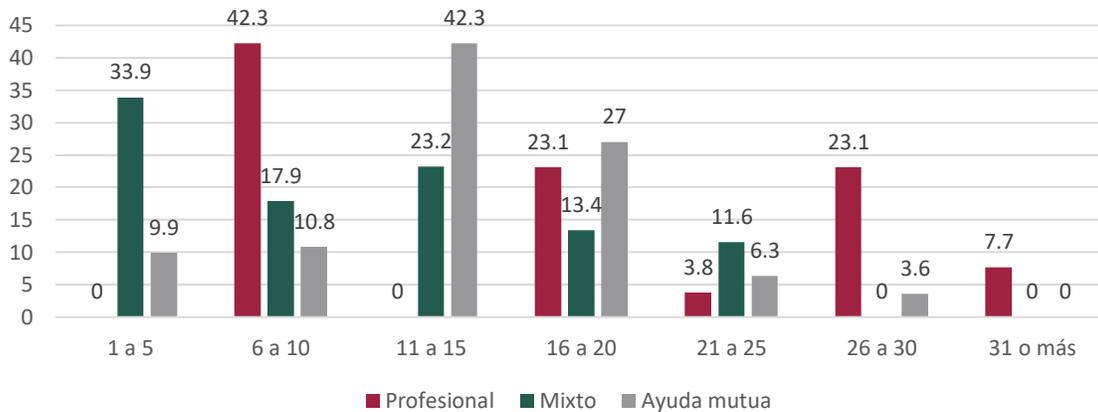
¹² Este reconocimiento avala que el centro ofrece atención con los criterios mínimos que establece la normatividad vigente.

Figura 8. Población atendida en los centros residenciales participantes (sexo)



Respecto a la experiencia atendiendo a usuarios de sustancias, algunos de los centros profesionales son los que tienen mayor número de años en la prestación del servicio, aunque su mayor porcentaje (42.3%) corresponde a los que tenían entre 6 y 10 años de experiencia. Las unidades con modelos mixtos son los que de manera más reciente han comenzado a prestar sus servicios y los centros que atienden bajo la modalidad de ayuda mutua son los que tienen mayor antigüedad, ya que el 42.3% corresponde a los que tienen entre 11 y 15 años de experiencia (ver figura 9).

Figura 9. Experiencia en la prestación del servicio por modelo de atención

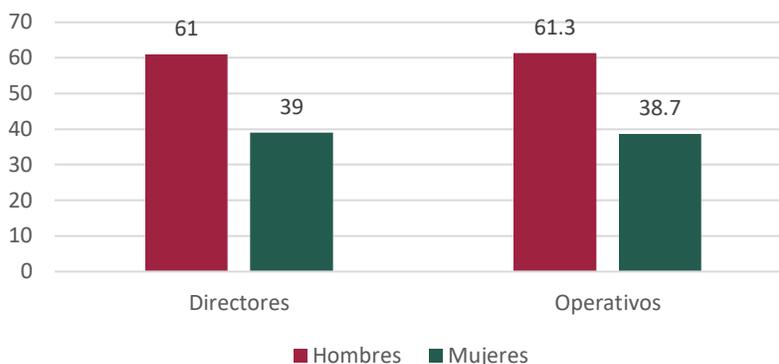


3. Características de los operadores de servicios de centros de tratamiento

El levantamiento de la información se hizo a través de 254 cédulas que fueron aplicadas en 59 centros residenciales de los estados de Baja California (18%), Chihuahua (43%) y Sonora (39%). 59 cédulas se aplicaron a directores o responsables y a 194 operativos de las unidades de atención. La aplicación incluyó las ciudades de Tijuana, Mexicali y Ensenada en Baja California; Hermosillo, Nogales y San Luis Rio Colorado (SLRC) en Sonora; y, Chihuahua y Ciudad Juárez en Chihuahua.

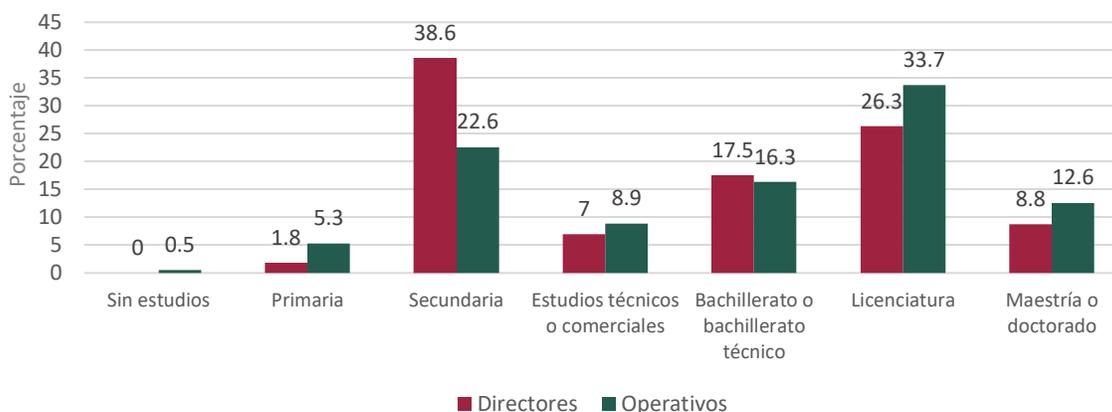
Entre los directivos y operadores que proporcionan los servicios de los centros residenciales, 156 de ellos fueron hombres (61.4%) y 98 mujeres (38.6%), por lo que es presumible que las intervenciones al menos pueden contar con algunos elementos de perspectiva de género en su implementación (ver figura 10).

Figura 10. Personal que ejerce funciones como director y personal operativo



La escolaridad de directores y personal operativo en los centros residenciales tiene una importante dispersión. Del total de participantes, el porcentaje más alto fue de quienes tenían estudios de licenciatura (32%)¹³, seguido por quienes tenían estudios de secundaria (26.3%), bachillerato (16.6%), maestría o doctorado (11.7%)¹⁴, estudios técnicos o comerciales (8.5%), nivel primaria (4.5%) y ningún estudio (0.4%), ver figura 11.

Figura 11. Escolaridad de directores y personal operativo en los centros residenciales

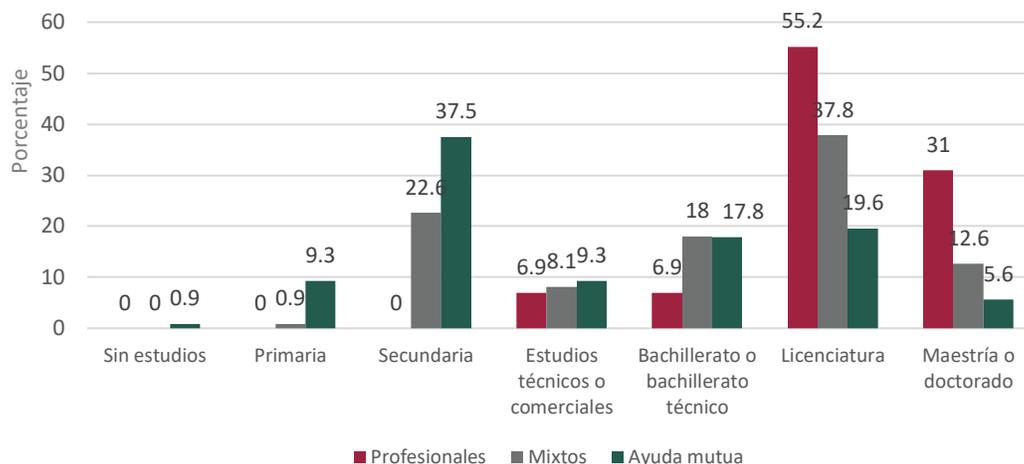


Los centros de ayuda mutua cuentan mayor porcentaje de directores y operativos con estudios de secundaria (37.5%), seguido por quienes tienen estudios de licenciatura (19.6%). En centros con modelo mixto el mayor porcentaje de escolaridad corresponde a estudios de licenciatura (37.8%), seguido de estudios de secundaria (22.6%) y quienes laboran en establecimientos profesionales cuentan en su mayoría con estudios de licenciatura (55.2%) seguido de estudios de maestría o doctorado (31%), como se esperaba, estos centros suelen contar con personal con mayor instrucción académica (ver figura 12), pero como se describió anteriormente, solo representan el 6.8% de los centros participantes.

Figura 12. Nivel de escolaridad por modelo de atención

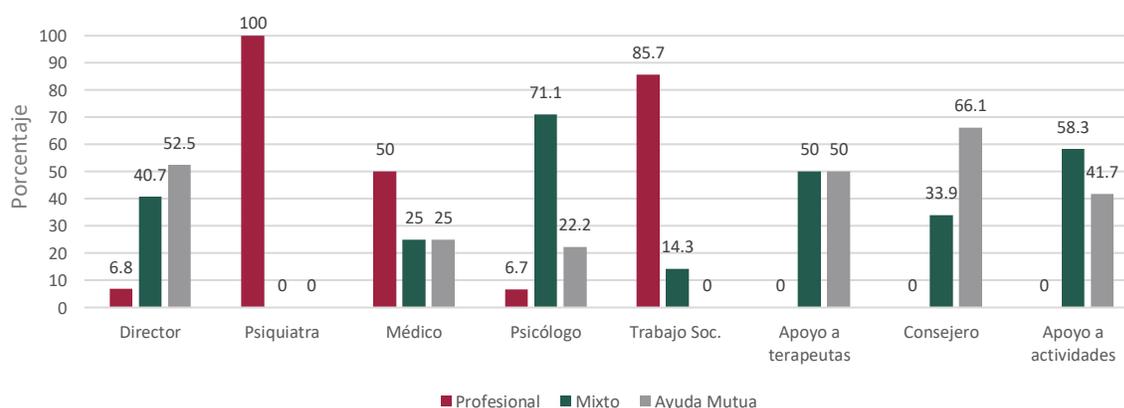
¹³ Las profesiones más frecuentes fueron las licenciaturas de psicología, enfermería, medicina, trabajo social. En solo algunos casos se reportaron licenciaturas en administración, nutrición, derecho, educación primaria, enseñanza, odontología e ingeniería.

¹⁴ Por lo general reportaron maestrías en Psicoterapia de diferentes modalidades (familiar, en adicciones, de niños, Gestalt, humanista), maestría en adicciones, psicología. Se reportó un doctorado en ciencias de la salud.



En cuanto a las funciones que desempeñaban los participantes en los establecimientos, en centros de ayuda mutua laboran principalmente los consejeros (66.1%), en establecimientos con modelo mixto psicólogos (71.1%), los psiquiatras laboran de manera exclusiva en los centros profesionales (100%). La mayor proporción de trabajadores sociales también se encuentran en estas unidades (85.7%). Finalmente, los médicos se distribuyen de la siguiente forma: centros profesionales (50%), centros mixtos (25%) y centros de ayuda mutua (25%), ver figura 13.

Figura 13. Funciones del personal por modelo de atención



Asimismo, se identificó que en los establecimientos parte del staff contaba con estudios especializados en adicciones o algún tipo de actualización en la materia, 51.6% habían hecho cursos, talleres o seminarios, 20.8% diplomados relacionados con adicciones y 17.2% contaban con una certificación, 2.7% habían hecho una licenciatura especializada en este tema, 0.9% una especialidad y 2.3% habían cursado algún posgrado, generalmente maestría, ello habla del interés generalizado hacia la actualización, aun si los perfiles de no corresponden a una formación profesional (ver figura 14).

Figura 14. Personal con algún estudio especializado en adicciones



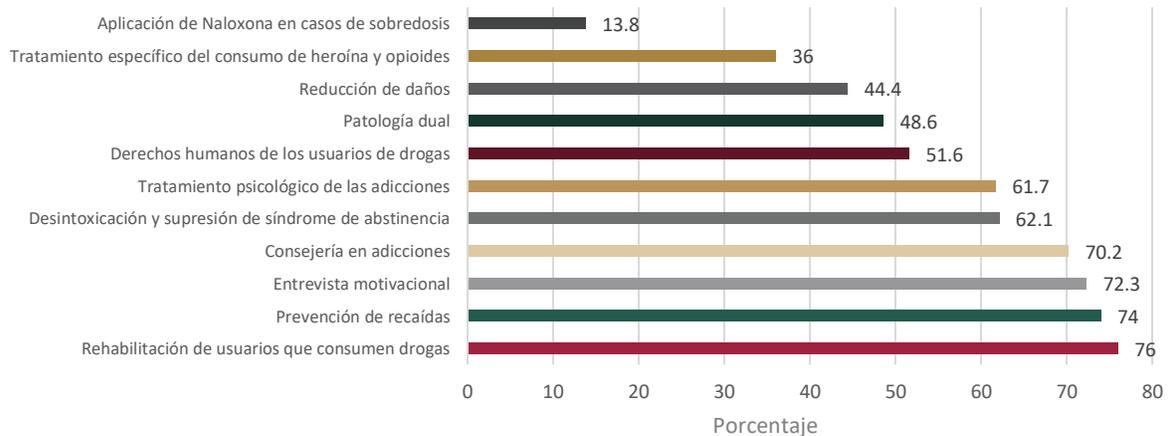
Tomando en cuenta la modalidad de la atención, la mayoría del personal de los centros en las tres modalidades ha cursado algún curso, taller o seminario para fortalecer sus conocimientos (ver Tabla 15).

Tabla 15. Personal con algún estudio especializado en adicciones por modelo de atención

	Cursos, talleres, seminarios	Diplomados	Certificación	Licenciatura	Especialidad	Posgrado	Otro
Profesional	50	19.2	0	7.7	3.8	11.5	7.7
Mixto	60	15	17	3	1	2	2
Ayuda mutua	43.2	27.4	22.1	1.1	0	0	6.3

En relación a las temáticas en las que han sido capacitados, una gran proporción afirma que ha sido capacitado en estrategias de rehabilitación (76%), prevención de recaídas (74%) y entrevista motivacional (72.3%). Adicionalmente, se advierte que una menor proporción de personas ha sido capacitada en reducción de daños (44%), atención para usuarios de heroína (36%) y uso de Naloxona (13.8%), ver figura 15.

Figura 15. Temáticas en las que el personal ha sido capacitado



Características de la atención en los centros residenciales

El acceso a la atención suele ser inmediato (80.2%), en tanto que en sólo 10.9% de los centros se solicita que el usuario espere de 1 a 4 días para recibir el servicio. Con relación a la duración del tratamiento, en la mayoría de los

establecimientos este se oferta por tres meses (78.2%), seguido de seis meses (9.1%). Respecto a la duración por modalidad, la más frecuente es tres meses, únicamente en el caso de los centros profesionales existe la alternativa de estancias cortas, que suele ser para brindar atención de desintoxicación (ver tabla 16).

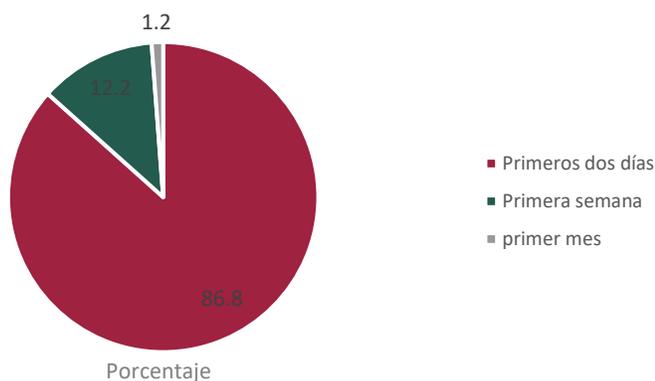
Tabla 16. Duración del tratamiento por modelo de atención

	15 días	1 mes	2 meses	3 meses	3.5 meses	4 meses	6 meses
Profesional	33.3%			66.7%			
Mixto			4.8%	90.5%			4.8%
Ayuda mutua		3.2%		71.0%	3.2%	9.7%	12.9%

En términos generales, se sabe que la comorbilidad psiquiátrica es un elemento necesario de atender para obtener resultados óptimos en el tratamiento. En tal sentido, 66.2% de los participantes afirmaron que se atienden los trastornos psiquiátricos como parte del tratamiento, en tanto que el 33.8% afirmó no contar con esta atención.

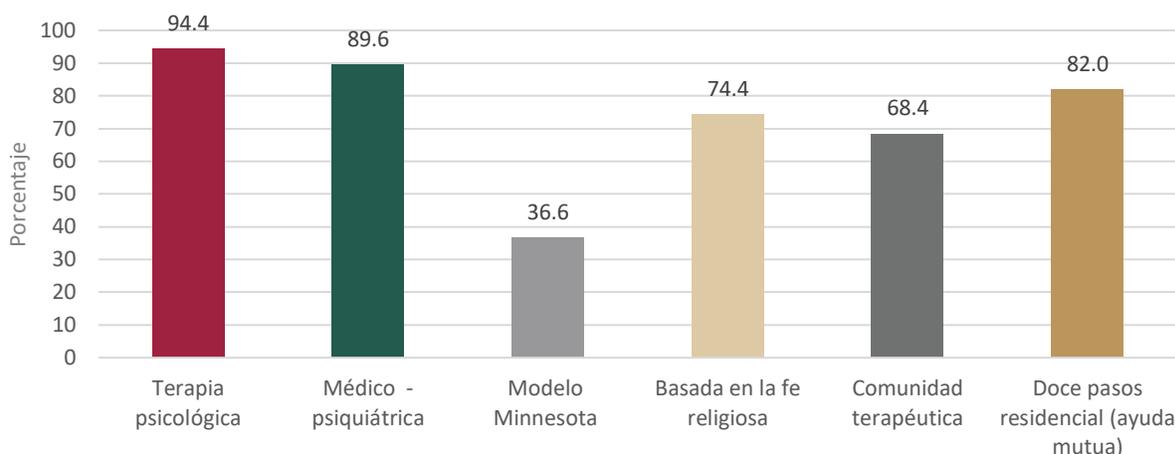
En apego a lo que dicta la normatividad vigente, en todos los centros se afirmó que se realiza una valoración médica de los usuarios que ingresan a tratamiento. En la mayoría de los establecimientos esta valoración se realizó durante los dos días posteriores al ingreso (87%), otro 12% hizo la valoración médica durante la primera semana y el 1% durante el mes posterior al ingreso (ver figura 16).

Figura 16. Etapa de la atención en la que se realiza la valoración médica de los pacientes



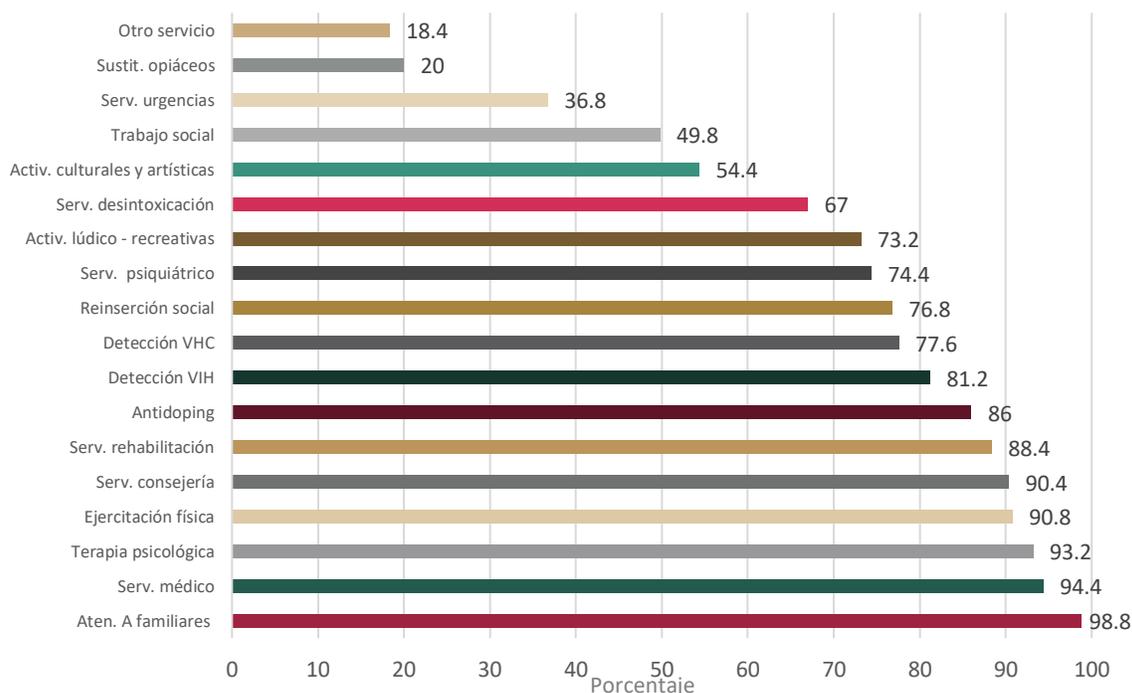
En relación a las estrategias terapéuticas más utilizadas en los establecimientos (ver figura 17), los operadores indicaron que la principal es la “Terapia psicológica” (94.4%), seguida de la “Médico – psiquiátrica” (89.6%), “Doce pasos” (82%), “Basada en la fe religiosa” (74.4%), “Comunidad terapéutica” (68.4%) y “Modelo Minnesota” (36.6%).

Figura 17. Estrategias terapéuticas que refieren utilizar en centros residenciales



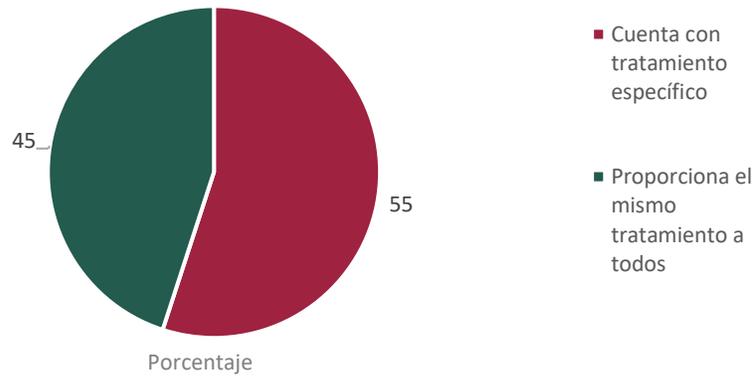
Al analizar los servicios que ofrecen los centros (ver figura 18), es posible identificar la carencia de elementos de la atención que son importantes y se deben brindar a los usuarios de heroína y otros opioides, entre otros, la terapia de sustitución (20%), la atención de urgencias (36.8%) o desintoxicación (67%).

Figura 18. Servicios que se ofrecen los centros residenciales



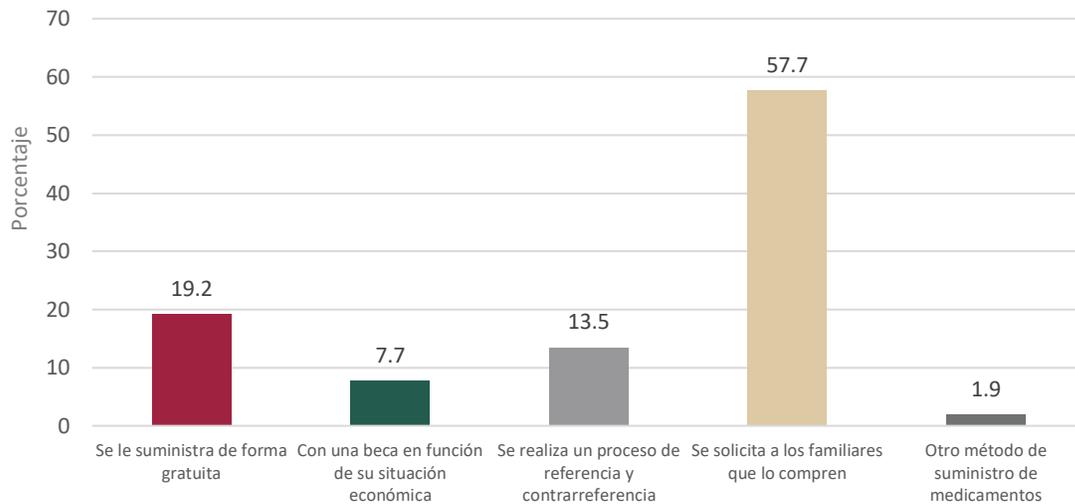
Un aspecto muy relevante del estudio fue conocer si quienes consumen heroína u otros opioides reciben atención de manera diferenciada, en comparación con otros usuarios de drogas. En 55% de los centros residenciales se afirmó que el tratamiento era diferenciado y en el 45% que se brindaba el mismo tratamiento para todos los usuarios (ver figura 19). Esto sin duda reviste una limitación en el tratamiento, ya que todos los centros que admiten usuarios de heroína u otros opioides deberían contar con elementos diferenciados, en términos de atención médica y psicológica.

Figura 19. Centros que ofertan tratamiento específico para los usuarios de heroína



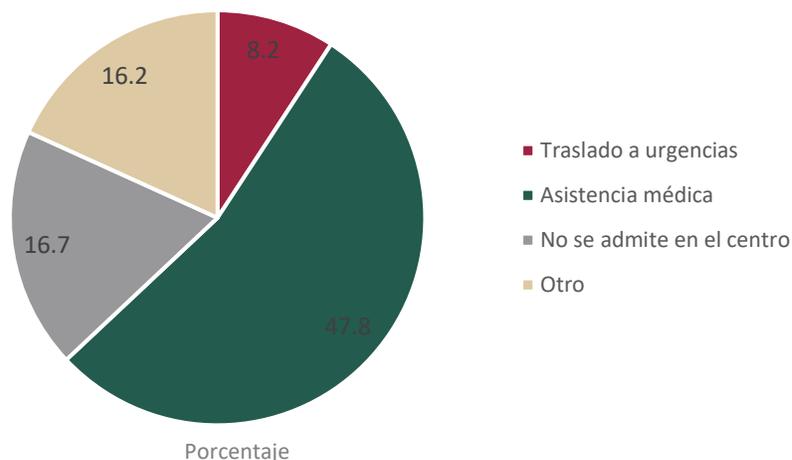
Respecto al acceso a tratamiento farmacológico, en la totalidad de los centros se confirmó que son los familiares quienes deben proveer los medicamentos en caso de que sean necesarios (57.7%), en 19.2% se suministran de forma gratuita, en 13.5% se refiere al paciente para que reciba tratamiento farmacológico en otra institución y en 7.7% se proporciona una beca en función de su situación económica (ver figura 20).

Figura 20. Acceso a tratamiento farmacológico para los usuarios de heroína



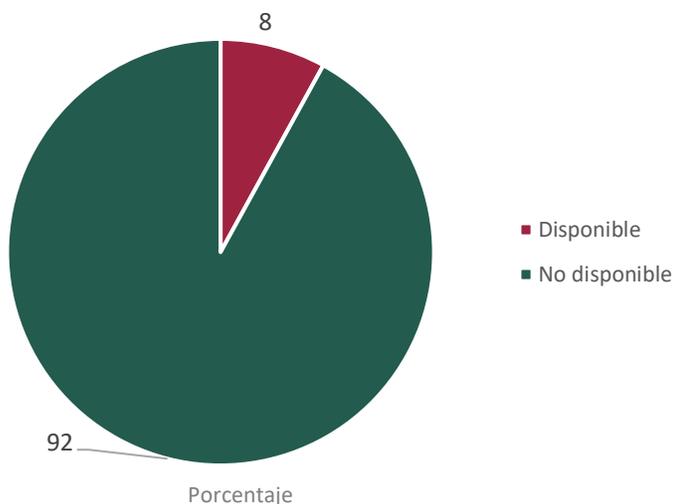
Otro aspecto fundamental del tratamiento se relaciona con la atención que se brinda en caso de urgencias médicas (como la intoxicación aguda). En la mayoría de los casos se refirió que se suele llamar a un médico para que proporcione la atención pertinente (45%), 23% traslada a los pacientes a urgencias y 16% simplemente rechaza el acceso al centro (ver figura 21).

Figura 21. Respuesta del centro en caso de urgencias (intoxicación aguda)



En caso de intoxicación aguda (sobredosis), sólo el 8% de los centros afirmaron contar con Naloxona, el resto (92%) señaló que no dispone del medicamento, lo cual evidencia las severas limitaciones para actuar en caso de que los pacientes presenten cuadros agudos de intoxicación (ver figura 22).

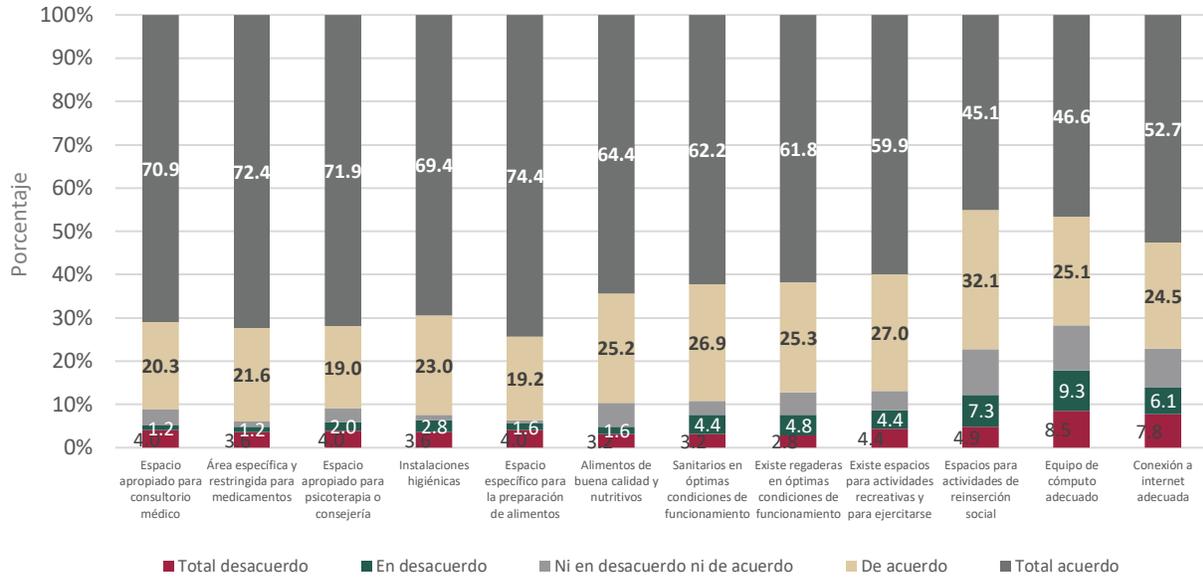
Figura 22. Disponibilidad de Naloxona en los centros



Posterior al egreso del paciente, el seguimiento suele llevarse a cabo durante un periodo de más de 6 meses (43%), en 22.7% de los centros tiene una duración de un mes, en 15.7% dura tres meses y en 18.3% dura hasta seis meses.

Además del modelo de atención, las capacidades técnicas y cómo está constituido el staff de los centros, un aspecto fundamental en la intervención y la adecuada atención de los usuarios es la condición en la que se encuentra la infraestructura física del establecimiento. De manera general, en la opinión de los operadores estas son adecuadas, excepto por la mención de no contar con espacios adecuados para actividades de reinserción social (ver Figura 23).

Figura 23. Condición de la infraestructura de los centros



En resumen, los centros residenciales cuentan con amplia experiencia en el tratamiento de consumidores de drogas, los programas suelen estar dirigidos primordialmente a hombres y mínimamente a mujeres. Dentro del personal que opera los servicios, hay una amplia gama de perfiles y variedad en los niveles de escolaridad. Los niveles más altos se encuentran concentrados en los establecimientos profesionales, cuya oferta es mucho menor en comparación con centros de ayuda mutua o mixtos.

Estos centros residenciales tienen protocolos establecidos para la admisión de los usuarios, entre otros, no admitirlos cuando llegan con niveles agudos de intoxicación por sustancias (en general esto se debe a que no cuentan con capacidades técnicas o humanas para atender urgencias), además de no contar con Naloxona para atender y revertir sobredosis. En el caso de los centros que manejan el modelo de ayuda mutua, al no contar con un médico de base, suelen llamar a uno externo para la valoración y prescripción de medicamentos.

La mitad de los centros describen un plan de tratamiento personalizado para usuarios de heroína y otros opioides, el cual se va adaptando en función de las necesidades de la persona. Estos tratamientos personalizados incluyen un plan médico-farmacológico que contempla el suministro de fármacos para reducir la sintomatología de la abstinencia, derivación a estudios médicos y medicación en caso de haber comorbilidad psiquiátrica, aunque el suministro de cualquier medicamento debe ser absorbido por la familia. Dentro de las estrategias terapéuticas se incluye una variedad de componentes, siendo los más utilizados la terapia psicológica con enfoque cognitivo-conductual, atención médico-psiquiátrica, los doce pasos y las terapias basadas en la fe, entre otras. Dentro del plan psicológico se incluyen estrategias como la prevención de recaídas y terapias familiares. Como estrategias alternativas, se ofrecen planes alimenticios específicos, apoyo para el dolor, supervisión intensiva, entre otras.

Los centros suelen ofertar diversos servicios para los pacientes que consumen heroína; sin embargo, es evidente que cuestiones elementales como la terapia de sustitución con medicamentos opioides, la atención de urgencias o desintoxicación no forman parte de su menú de atención. Finalmente, si bien los centros refieren su disposición a recibir usuarios de heroína, el estudio evidenció que el tratamiento con este tipo de usuarios suele revestir un alto grado de complejidad, en comparación con la atención a usuarios de otras drogas, siendo esta una de las razones por las que algunos centros optan por limitar el número de ingresos.

4. Otros aspectos que caracterizan el tratamiento en los centros residenciales.

Dentro de los grupos focales con operadores de los centros residenciales, se abordaron distintos temas relacionados con los usuarios y la atención; sin embargo, para los propósitos de este informe, solo nos referiremos a lo relacionado con el tratamiento y algunos de los retos que enfrentan tanto los usuarios como los centros en la implementación de sus servicios.

Incorporación de la familia en el programa de tratamiento

Sin duda alguna, durante el proceso de recuperación, la familia puede representar un factor protector o uno de riesgo, pueden ser aliados, o bien una barrera para el cumplimiento de las metas de tratamiento. En opinión de los operadores, la exclusión que muchos de los programas de internamiento hacen respecto al trabajo con familiares, agrava las condiciones en las que se desarrolla la rehabilitación. Por ello, advierten que cuando esto es posible, se debe incluir a la familia, a fin de visibilizar las problemáticas que de ella emanan, para que sean abordadas y atendidas. Este trabajo terapéutico, con las vicisitudes y complejidades que conllevan las relaciones familiares, puede ser un factor clave en la recuperación y en la prevención de recaídas.

El entorno familiar puede convertirse en una barrera para que los usuarios logren su rehabilitación, particularmente cuando posterior al tratamiento regresan a un ambiente familiar que no les ayuda a mantenerse en abstinencia. En este sentido, se advierte que los familiares pueden considerar el internamiento del usuario solo como una opción para alejarlo, hacer una pausa en los problemas que le atribuyen o abiertamente como una opción de abandono.

En algunos centros, el tratamiento residencial que reciben los usuarios también se extiende a sus familiares, estableciendo días y horarios para este tipo de intervenciones, en las cuales, más que abordar los problemas del familiar que consume, se trabaja principalmente en las problemáticas propias de la familia, incluso se identifica que en muchos casos como aquellos en los que el paciente ha vivido en situación de calle, el internamiento representa la primera oportunidad de experimentar una reunión familiar.

El reto de la recaída

Es común que en la historia de vida de los usuarios de heroína y otros opioides, el ingreso a los centros residenciales se convierta en algo recurrente. Esto puede ocurrir así, por las características propias de la adicción, o bien, porque los usuarios desean volver a consumir entre otras razones, por el temor a enfrentarse a un estilo de vida diferente al que están acostumbrados. Las recaídas suelen ser muy frecuentes cuando el paciente egresa y se vuelve a enfrentar con su contexto en la vida cotidiana, sin embargo, los operadores también advierten que las recaídas pueden ser una consecuencia de la deficiencia de algunos centros al no ofrecer un servicio integral.

En algunos casos, la incapacidad de los usuarios para lograr mantenerse sin consumir y la seguridad que les brinda el centro, genera en ellos una fuerte necesidad por no separarse de este y, en consecuencia, reorganizan su vida en torno a las actividades de la unidad, es así como algunos usuarios aprenden a ayudar a otros en su rehabilitación, ya sea como padrinos o consejeros.

Estigma hacia los usuarios

El estigma es uno de los fenómenos más comunes entre los usuarios de drogas, esto se replica no solo en ámbitos donde se desconoce la naturaleza del fenómeno del consumo, también es posible identificar la estigmatización hacia los usuarios de drogas entre quienes colaboran en los centros residenciales, aunque no es exclusivo de ellos, también se encuentra arraigado en el pensamiento de los trabajadores del sector salud. Particularmente, los operadores destacan el estigma que existe entre el personal médico hacia los usuarios de heroína, acto de gran trascendencia, entre otras razones porque este personal incide en las posibilidades de acceso a los servicios de salud, en este sentido, por las experiencias negativas que los consumidores experimentan en unidades de salud, se genera cada vez mayor desaliento y desconfianza hacia los servicios y el personal que labora en estos espacios. El estigma que existe, de acuerdo a la opinión de los operadores, llega al punto de deshumanizar a los usuarios de heroína, lo que provoca entre otras cosas, el aislamiento durante el consumo y la recuperación, convirtiéndose en una barrera para continuar con el proceso de reinserción social, particularmente cuando se obstaculiza el acceso a servicios sociales o el ingreso a un empleo que les permita normalizar su vida.

Percepción de los usuarios hacia los servicios y sus operadores

Como parte de las barreras que se identificaron para que los usuarios de heroína y otros opioides accedan a tratamiento, se encuentra la percepción que estos tienen del personal de los establecimientos, particularmente, no los consideran empáticos y se encuentran inconformes con la forma en que los ingresan a tratamiento o los mantienen en él (en contra de su voluntad). Otra barrera consiste en la percepción de que el tratamiento no funcionará, ya sea por referencia personal o por la de terceros. Lo anterior puede estar relacionado con una serie de expectativas erróneas que los usuarios tienen respecto al tratamiento, o bien, con la falta de posibilidades para optar por tratamientos diferentes a los que han conocido previamente.

El temor al inadecuado manejo del síndrome de abstinencia es una de las dificultades que los operadores atribuyen para que los usuarios de heroína y otros opioides no busquen tratamiento. En este sentido, se debe considerar que la mayoría de los

centros no cuentan con el personal, los medicamentos o las condiciones necesarias para tratar adecuadamente esta condición y por lo regular, el manejo se limita a la contención en un espacio aislado que denominan “sala de observación”, que nada tiene que ver con los elementos técnicos y la infraestructura de una sala de observación de una unidad hospitalaria.

Atención disponible para mujeres

Como se describió antes, los centros residenciales abocan sus esfuerzos a la atención exclusiva de hombres, un menor número de centros atiende a población mixta y sólo un número muy reducido de establecimientos son exclusivos para mujeres. Entre las principales consideraciones de los operadores hacia el tratamiento con mujeres se encuentra el énfasis que debe hacerse en el aspecto emocional, destacando que este está más acentuado en las mujeres y que ello obliga a intervenir con ellas de una manera específica. Los operadores refieren que este aspecto emocional puede estar relacionado con el vínculo que suelen establecer con sus parejas y que influye de manera importante en su patrón de consumo de drogas. De la misma forma, la relación afectiva con los hijos es uno de los factores que puede modificar o profundizar aún más el problema de consumo. Asimismo, la condición emocional se agrava debido a que las mujeres suelen estar expuestas a mayores riesgos en comparación con los hombres, entre otros, a ser violentadas física y sexualmente.

Uno de los retos que visualizan los operadores, especialmente en centros residenciales mixtos, es que deben usar instalaciones diferenciadas con el propósito de que no exista contacto entre hombres y mujeres, la razón de evitar la convivencia entre ambos géneros es la inestabilidad emocional que le atribuyen a las mujeres en el periodo de internamiento y porque el contacto entre ambos sexos no permitiría que se enfocaran adecuadamente a su rehabilitación

Otro aspecto que destacan es que la familia de la mujer influye de forma diferente durante el proceso de tratamiento y en su reinserción social, en comparación con el caso de los hombres; con ellas, la familia ejerce mayor control y tutela sobre sus decisiones, inhibiendo incluso aquellos aspectos que fomentan el desarrollo de la autonomía (deseable como parte del proceso de recuperación). La familia también tiende a demandar o presionar de forma diferente a la mujer para que busque tratamiento, destacando los roles o expectativas que puede no estar cumpliendo como madre (en caso de tener hijos), lo cual también convierte a los sentimientos de culpa en una dificultad para lograr la rehabilitación.

Una consideración importante hacia la atención para mujeres es el doble estigma al que se ven expuestas, por un lado, en el contexto del consumo las mujeres pueden convertirse en un objeto, al que se degrada, deshumaniza y violenta. Pero incluso, en el ámbito del tratamiento algunos de los operadores coincidieron en que la mujer tiende a ser más manipuladora, fantasiosa, se engaña más, miente más, se revela, es más desafiante, vanidosa y caprichosa, en tanto, el hombre en el tratamiento es más servicial, desarrolla más pronto el espíritu de servir, de compañerismo, es más sencillo y es más humilde. Por otro lado, consideran que es frecuente que las mujeres tengan antecedentes de abuso sexual y reconocen que existe poca sensibilidad para manejar adecuadamente este tipo de casos.

Los operadores también perciben que son pocas las mujeres que llegan a tratamiento, algunos consideran que el principal factor está centrado en la falta de motivación de la mujer por asistir, en cambio, otros plantean que se relaciona con las pocas opciones de tratamiento que existen para ellas.

Necesidades de capacitación

Los operadores expresaron la necesidad de ser capacitados, pues perciben déficits en conocimientos que consideran necesarios para la atención de usuarios de heroína y otros opioides. Por un lado, son variadas y diversas las temáticas específicas que identifican como una necesidad, desde nociones básicas de farmacología hasta estrategias terapéuticas ante situaciones concretas, por ejemplo, reconocen una importante deficiencia para responder adecuadamente ante el proceso de desintoxicación, la cual consideran una intervención muy compleja.

Expresaron su interés sobre aspectos jurídicos para saber cómo actuar ante las prácticas que suelen tener centros residenciales como los ingresos involuntarios, así como capacitación en derechos humanos y en programas de consejería. También consideran que sería oportuno contar con una red de instituciones que atiendan a pacientes usuarios de heroína y opioides, como una estrategia para mantenerse actualizados y tener la oportunidad de intercambiar mejores prácticas. Asimismo, expresaron otras de las dificultades que se les presentan, las cuales con frecuencia se convierten en importantes barreras para que accedan a programas de capacitación, entre otras, la rotación del personal, las dificultades económicas, la baja oferta académica o los procedimientos burocráticos que establecen las autoridades estatales o federales para acceder a estos programas.

Consejería en adicciones

De acuerdo a lo descrito anteriormente, en los centros suelen haber altos porcentajes de personal no profesional, sin embargo, ello no implica que quienes apoyan el tratamiento no tengan algún grado de capacitación, este es el caso de los consejeros en adicciones, que son generalmente personas que tuvieron problemas de consumo de drogas y que pasaron por un proceso de rehabilitación. Los operadores consideran que el tipo de conocimiento que tienen los consejeros se complementa con el de otros perfiles profesionales para lograr una atención más integral y sobre todo basada en la empatía con las personas que tratan, por haber tenido vivencias similares. En este sentido, la figura de los *padrinos*¹⁵ se ha ido sustituyendo paulatinamente con la función que ejercen los consejeros en adicciones, en ello ha contribuido la certificación de CONADIC¹⁶, ya que ha motivado a la profesionalización en la prestación de los servicios de los centros residenciales. La percepción que se tiene es que la formación de consejeros en adicciones repercute en la calidad de los servicios que se ofrecen y ha representado la oportunidad de lograr que los procedimientos que realizan se apeguen cada vez más a la normatividad vigente y a la atención basada en el respeto a los derechos humanos.

Intervenciones para la reducción de daños

Las intervenciones desde el enfoque de reducción de daños se han documentado ampliamente con usuarios de drogas inyectables, a pesar de ello, en las últimas décadas ha existido reticencia por parte del sector público para abordar esta perspectiva en nuestro país. Sin embargo, para los centros residenciales estas estrategias son aceptables, favorables y susceptibles de adoptar incluso como parte del propio tratamiento residencial, para prevenir los problemas asociados con las vías de administración intravenosa que tienen los usuarios de heroína y los riesgos a los que se encuentran expuestos por las prácticas de consumo. Para los centros, la noción de reducción de daños se extiende más allá de la población usuaria de drogas, ya que los operadores proponen que se incorporen medidas para que toda la población tenga una comprensión más amplia y esté informada sobre las drogas y el proceso adictivo, lo cual consideran ayudaría a disminuir el estigma que se asocia con los usuarios y los centros de tratamiento.

También se encontraron operadores con opiniones divididas, que consideran que en la instrumentación de programas de reducción de daños es importante primero sensibilizar al participante sobre el sentido que tienen estas estrategias, con lo que creen se reduciría la posibilidad de que se haga mal uso de este tipo de programas, en términos de promover el consumo o conductas de riesgo. En este sentido, como parte de las posibles estrategias de reducción de daños se encuentra el trabajo con pares que tengan mayor conciencia de su adicción e interés por ayudar en la recuperación de otros usuarios que hayan pasado por un proceso terapéutico y que continúen bajo seguimiento.

Atención de la comorbilidad

Los usuarios de heroína suelen presentar varias afectaciones médicas por enfermedades asociadas a su consumo, entre otras, desnutrición, lesiones, enfermedades crónico degenerativas o trastornos mentales, entre otras. En este sentido, los operadores refieren que han observado trastornos psiquiátricos diferentes a los que anteriormente se presentaban y lo atribuyen al uso de metanfetaminas en combinación con heroína. De acuerdo a los operadores, estas condiciones de salud deben identificarse con el propósito de brindarles un tratamiento adecuado, destacando que para ello es fundamental la vinculación interinstitucional, particularmente con unidades de salud, ya que comúnmente los centros no disponen de especialistas para el tratamiento de padecimientos como la comorbilidad psiquiátrica. Por otro lado, entre los usuarios de heroína la infección por Hepatitis C suele ser alta (del 75 al 80%) y para su detección y atención, normalmente deben apoyarse en organizaciones de la sociedad civil.

Desintoxicación

Para la atención del periodo de abstinencia, suelen brindarse alternativas basadas en conocimientos empíricos (no científicos), por ejemplo, el proceso que llaman desintoxicación consiste en mantener al usuario en un cuarto de observación (por lo

¹⁵ De acuerdo a AA, un padrino es un alcohólico que ha hecho algunos progresos en el programa de recuperación, comparte esta experiencia de una forma continua y personal con otro alcohólico que está esforzándose por alcanzar o mantener la sobriedad por medio de A.A.

¹⁶ Estándar de competencia en consejería en adicciones, cuyo propósito es servir como referente para la evaluación y certificación de las personas que se desempeñan como consejeros que brindan orientación y apoyan el proceso de tratamiento y rehabilitación de consumo de sustancias psicoactivas, para contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de atención de adicciones.

regular aislado y oscuro) donde tienen que pasar los síntomas de la abstinencia, en algunas ocasiones les dan té, dulces o masajes para paliar la ansiedad, otros operadores refirieron utilizar otros métodos como amarrar y mantener con vigilancia permanente a los usuarios para controlar la desesperación y la ansiedad que les genera el síndrome de abstinencia. Tales métodos se avalan, entre otras razones porque los mismos operadores pasaron por la experiencia de soportar esa vivencia o fueron testigos de las dramáticas situaciones que tienen que pasar los usuarios en esos momentos. Pese a ello, los operadores consideran importante que durante el proceso de desintoxicación los usuarios se sientan acompañados y atendidos con empatía.

Reinserción social

La reinserción social es un componente que puede ayudar a disminuir el impacto que provoca una serie de estigmas que tienen tanto las personas sobre el usuario de drogas como este de sí mismo. Parte importante de que se logre una reinserción social adecuada es que los usuarios logren reconocer y manejar una serie de emociones. Los operadores explican que para lograr la reinserción social es necesario que ocurran una serie de cambios y que estos cambios sean paulatinos y se refuercen constantemente, desde modificaciones a nivel de plasticidad neuronal hasta los estilos de convivencia que volverán a tener una vez que regresen a su contexto. En este sentido, se refirió la importancia que tiene la prevención de recaídas y la vinculación de los usuarios con grupos de apoyo como Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos.

Si bien consideran que este aspecto es importante, la visualización de la reinserción social es más en términos de un “plan de tratamiento externo”, a través del cual establecen con los usuarios un programa de seguimiento y acompañamiento una vez que egresan del centro. La reinserción social también la ubican como la oportunidad de prepararlos para las dificultades, problemas y emociones negativas que con seguridad enfrentarán una vez que egresen de tratamiento, lo que contribuirá a prevenir posibles recaídas.

Asimismo, reconocen que prácticamente son nulos los programas o estrategias que existen para promover una adecuada reinserción social de los usuarios una vez que egresan de los centros residenciales. El proceso de reinserción social como lo conocen, en gran medida consiste en preparar a las personas para que desarrollen alguna habilidad, conocimiento u oficio que puedan desempeñar laboralmente una vez que egresen del centro, además, se trabajan emociones negativas y la autoestima de los usuarios, ya que en muchas ocasiones marcan una diferencia a la hora de buscar empleo.

A esta limitada oferta de estrategias de reinserción social, se suma que el seguimiento a las personas que egresan es prácticamente nulo, solo en algunos casos se da seguimiento telefónico y se refiere al usuario a alguna institución para continuar en consulta externa, pero la norma es más bien la ausencia de este tipo de servicio, de tal forma que cuando se da de alta al paciente, no se le brindan opciones de programas de reinserción social e incluso puede no volverse a tener contacto con él (salvo los casos en los que reingresan por alguna recaída).

Opinión de las clínicas de sustitución con metadona

Fue revelador encontrar que muchos de los operadores no tienen una buena imagen de las clínicas de sustitución con metadona porque consideran que mantienen la adicción de las personas, al cambiar solamente una droga por otra. Al interior de los centros, algunas personas que desarrollan o apoyan actividades de tratamiento también han tenido la experiencia directa estando en intervenciones con metadona, en algunas ocasiones esta experiencia no fue exitosa, sin embargo, reconocen el nivel de efectividad que pueden tener este tipo de clínicas y que puede ser superior al que logran con el internamiento.

La interacción del personal de centros residenciales con personal de clínicas de metadona no ocurre en ningún momento, es interesante que mencionaron que el grupo focal representaba la primera oportunidad para sostener una reunión en la cual pudieran conocer de primera mano cómo funcionan las clínicas de metadona (el grupo focal fue un grupo mixto compuesto de personal de clínicas de metadona y centros residenciales), incluso se dio el espacio para expresar algunas ideas imprecisas de lo que suponían era el tratamiento de sustitución.

Opinión de otros centros residenciales

Los operadores identifican que existen unidades que no cuentan con procedimientos adecuados para la atención de pacientes de heroína y otros opioides, lo que deriva entre otras cosas, en un número importante de deserciones de usuarios del tratamiento. Asimismo, consideran que otros centros residenciales operan como un negocio para quienes lo administran, además creen que en varios centros se va perdiendo la sensibilidad para atender de manera adecuada a los usuarios que buscan ayuda. A pesar de que la mayoría considera que prácticamente ningún centro residencial continúa aplicando métodos que violenten los derechos humanos, algunos operadores afirman que en algunos centros con perfil religioso, este tipo de situaciones sigue persistiendo.

Dificultades en la prestación del servicio

Sin duda alguna, prestar servicios de rehabilitación representa un gran costo económico para los operadores, en este sentido, algunas de las dificultades que perciben en la operación se relacionan con la situación económica bajo la cual prestan el servicio. Es bien sabido que en México la mayoría de los centros residenciales se establecen en casas-habitación, que son acondicionadas y en las cuales suele haber hacinamiento y limitada infraestructura para la atención. Asimismo, los operadores perciben que no existe un interés real por parte de las autoridades para apoyar las actividades que realizan en beneficio de la salud pública.

En algunos casos la inseguridad es una constante para los centros, por ejemplo, se identificaron experiencias en las cuales el ingreso de usuarios de drogas está motivado por las amenazas que reciben del crimen organizado, en este sentido, las unidades se utilizan como una opción para resguardarse durante un tiempo, lo que en consecuencia vulnera la seguridad de todos los internos. La inseguridad no solo tiene origen en este tipo de ingresos, los centros residenciales también sufren el hostigamiento y la extorsión por parte de la delincuencia organizada, mediante solicitudes de pago por “derecho de piso”.

5. Caracterización de las clínicas de metadona

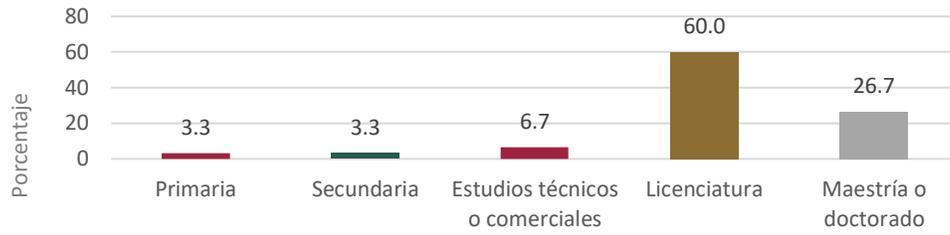
Las clínicas de metadona participantes fueron en su mayoría establecimientos privados, solo dos de las 11 unidades fueron públicas. Las clínicas tenían en promedio 19.2 años de experiencia en la atención de pacientes y de los 31 operadores que participaron en el estudio, 52% eran mujeres y 48% hombres.

Características de los operadores de los servicios

Respecto al nivel de escolaridad del personal de las clínicas, el 60% contaba con estudios de licenciatura¹⁷ y 26.7% de maestría. Otra proporción menor de personas reportaron tener niveles de estudios más bajos (ver figura 24).

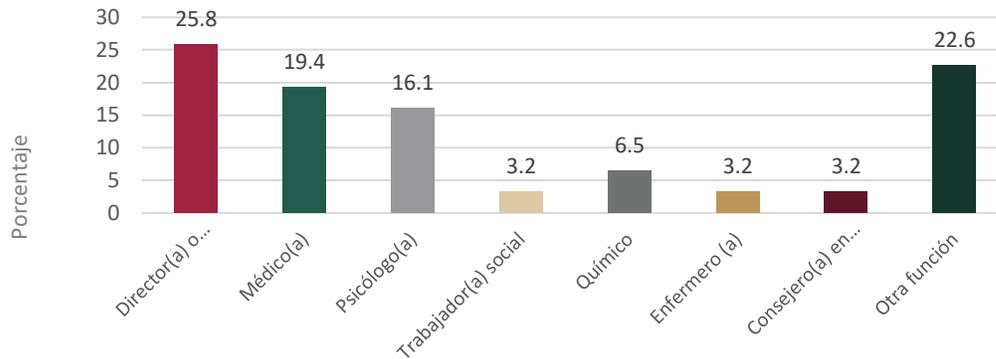
¹⁷ La licenciatura reportada con mayor frecuencia fue medicina (6), psicología (2), trabajo social (2), un químico- biólogo clínico, un psiquiatra, un odontólogo y de otras licenciaturas diferentes a la rama de salud: licenciaturas en comunicación, administración de empresas (2), derecho, contabilidad y finanzas.

Figura 24. Escolaridad de los operadores de clínicas de metadona



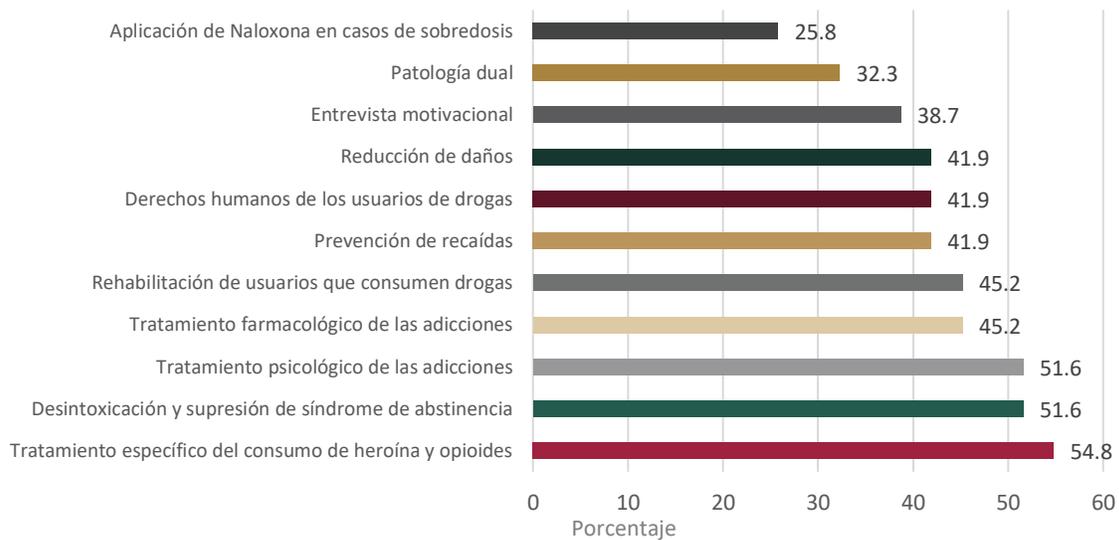
Los perfiles profesionales de medicina (19.4%) y psicología (16.1%) son los que predominan en las clínicas de metadona. El 25.8% de los encuestados fueron directores (con estudios de educación profesional y posgrado), ver figura 25.

Figura 25. Perfil de los operadores de clínicas de metadona



Las temáticas en las cuales el personal de las clínicas de metadona manifestó haber sido capacitado previamente, se relacionan con el tratamiento específico de usuarios de heroína y otros opioides, sin embargo, es notable que temas altamente prioritarios, como el uso de Naloxona o patología dual, son temas en los que escasamente se ha capacitado (ver figura 25).

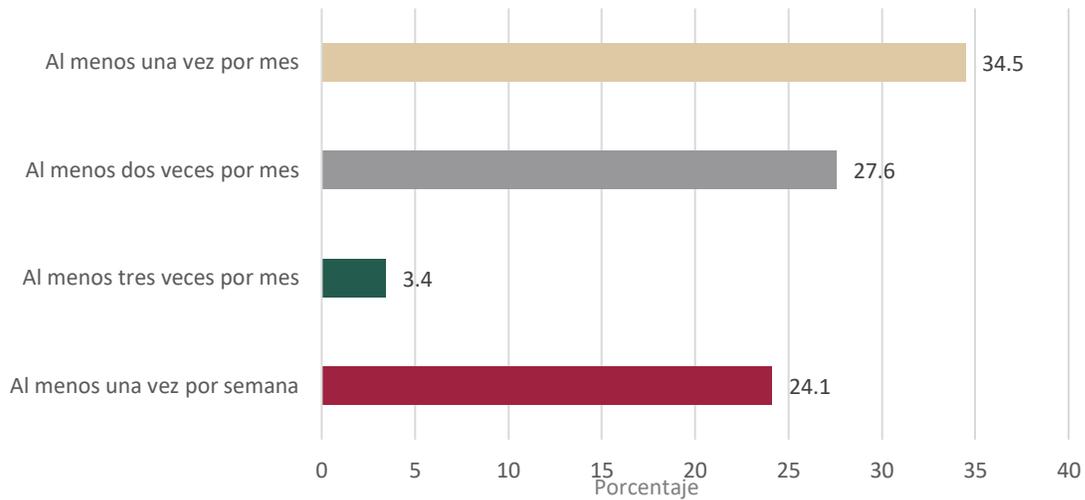
Figura 26. Temáticas en las que han sido capacitados los operadores de clínicas de metadona



Características de los servicios

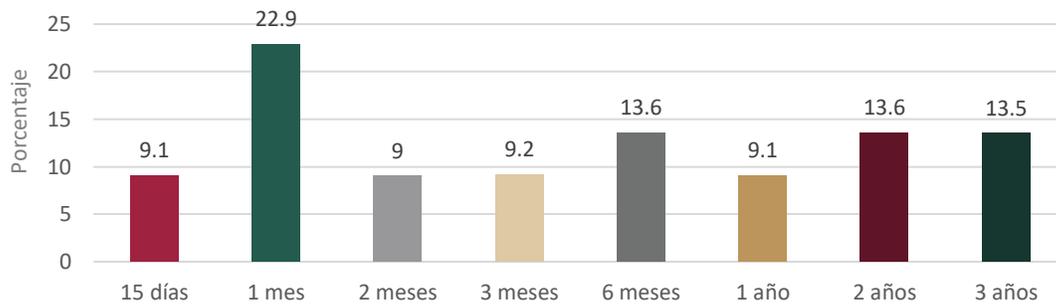
En las 11 clínicas se manifestó que como parte de la intervención con el paciente se realiza una revisión médica de forma periódica. La frecuencia es variable entre clínicas y en general, el mayor porcentaje corresponde a “una vez por mes” (34.5%), “dos veces por mes” (24.6%), “una vez por semana” (24.1%) y “tres veces por mes” (3.4%), ver figura 27.

Figura 27. Frecuencia de la revisión médica para quienes están en tratamiento con metadona



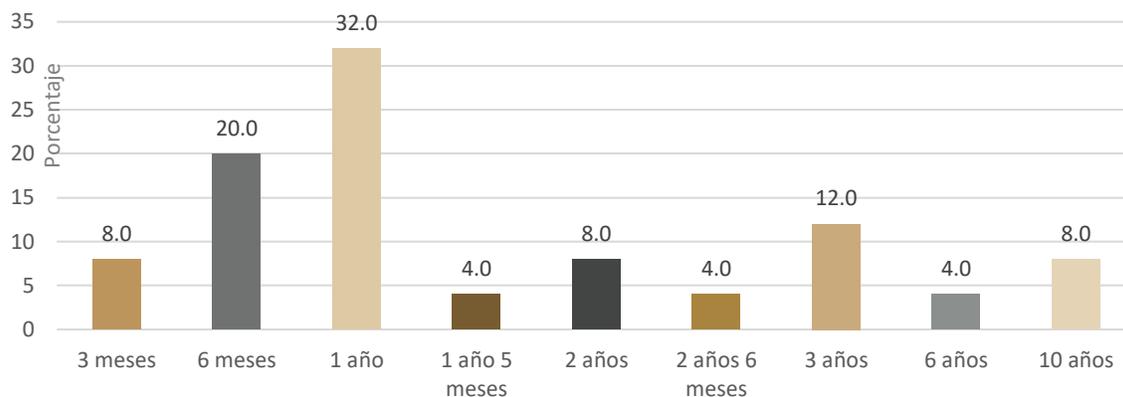
Respecto al periodo en que se administra metadona, este varía en función de la fase en que se encuentra el paciente. En la primera fase (aguda), la duración más frecuente es de un mes (22.9%), ver figura 28.

Figura 28. Tiempo de administración de metadona en la primera fase



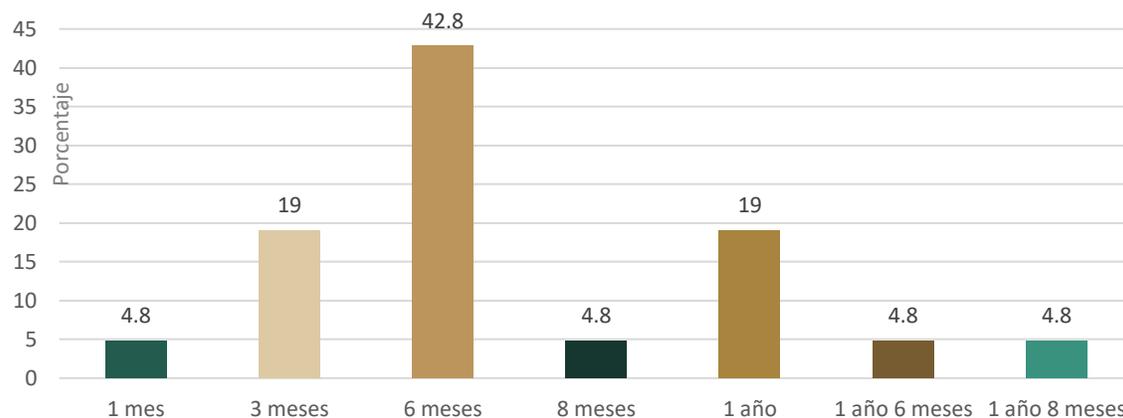
En la fase intermedia o de mantenimiento, la duración más frecuente es de 1 año (32%), ver figura 29.

Figura 29. Tiempo de administración de metadona en la fase intermedia



La última fase, de deshabitación, usualmente se ofrece durante 6 meses (42.8%), con un periodo mínimo de 1 mes (4.8%) y un periodo máximo de 1 año ocho meses (4.8%), ver figura 30.

Figura 30. Tiempo de administración de metadona en la fase de deshabitación



La cantidad de metadona (en miligramos) que se dispensa en las clínicas de las tres entidades varía de manera importante. Como se puede observar en la tabla 17, Ciudad Juárez es donde se dispensa mayor cantidad diaria a la totalidad de pacientes (12 mil miligramos) y en la ciudad de Hermosillo fue donde se reportó la menor cantidad de metadona dispensada diariamente a la totalidad de pacientes.

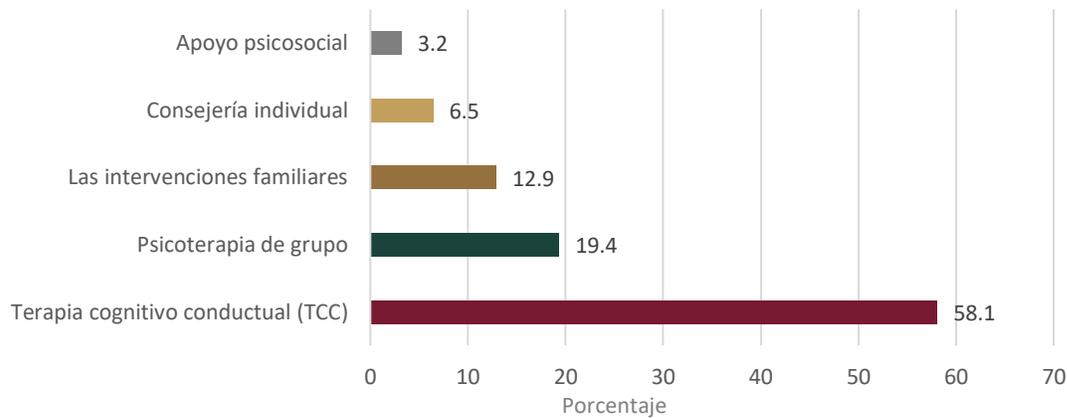
Tabla 17. Metadona dispensada por día

Entidad	Ciudad	Clínica de metadona	Miligramos de metadona que se dispensan por día
Baja California	Tijuana	Profesionales contra la adicción	7,574 ¹⁸
		Centro de la Conducta	1,100
		Unidad de Tratamiento de Metadona CIJ	1,000
	Mexicali	Instituto del Noroeste contra las adicciones	1,590
		Clínica Integral de Tratamiento contra las Adicciones	7,450
Sonora	Ensenada	Profesionales contra la adicción	6,321
	Hermosillo	Profesionales contra la adicción	4,100
		Asistencia Médica contra la Adicción	80 ¹⁹
Chihuahua	Nogales	Asistencia Médica contra la Adicción	5,000
		Clínica Integral de Tratamiento contra las Adicciones	12,000
	Ciudad Juárez	Unidad de Tratamiento de Metadona CIJ	450
Total			46,665

En este contexto, es pertinente mencionar que diversas clínicas refirieron la dificultad para adquirir metadona. En México la produce únicamente un laboratorio, por lo que usualmente se importa y por tratarse de un medicamento controlado, debe pasar por un largo camino burocrático para ingresar al país.

En el marco de las intervenciones, la “Terapia cognitivo conductual (TCC)” fue identificada como la más efectiva en el apoyo del tratamiento de sustitución con metadona (58.1%), seguida de la “Psicoterapia de grupo” (19.4%), “Intervenciones familiares” (12.9%), “Consejería individual” (6.5%) y “Apoyo psicosocial” (3.2%), ver figura 31.

Figura 31. Intervención psicológica más efectiva en apoyo al tratamiento con metadona

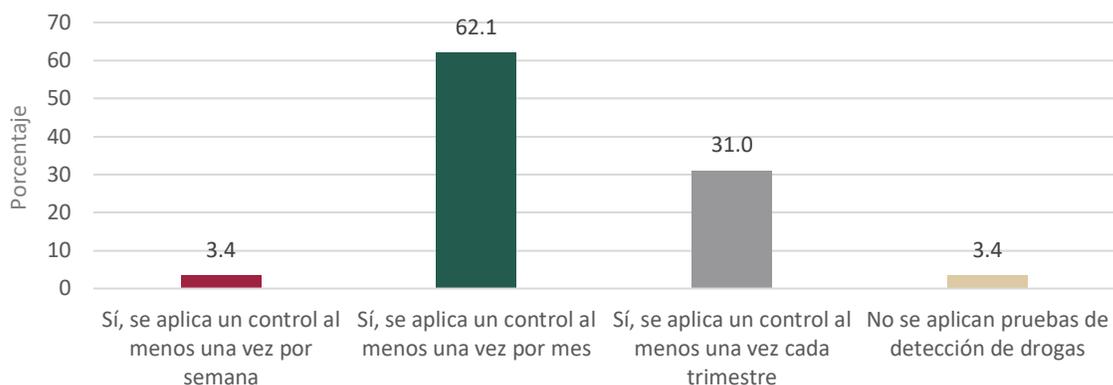


La aplicación de pruebas antidoping para la detección del consumo de drogas, como parte de los controles en el tratamiento que se ofrece en las clínicas de metadona, se lleva a cabo casi en la totalidad de las unidades encuestadas, con excepción de una unidad. En la mayor parte de las unidades el control se aplica al menos una vez por mes, en tres unidades se aplica al menos una vez cada trimestre y solo en una se manifestó que este control se aplica al menos una vez por semana (ver figura 32).

¹⁸ Tal como anteriormente se ha identificado, debido a una alta dispersión en las respuestas que se dieron en esta clínica, se optó por promediar los datos obtenidos.

¹⁹ Este último dato es importante tomarlo con reserva, porque esa cantidad podría representar una dosis diaria para uno o dos pacientes promedio.

Figura 32. Aplicación de pruebas de detección de drogas como mecanismo de control en el tratamiento



Con relación al uso de Naloxona, solo tres unidades (en Baja California) confirmaron contar con ella para tratar casos de sobredosis por uso heroína y otros opioides:

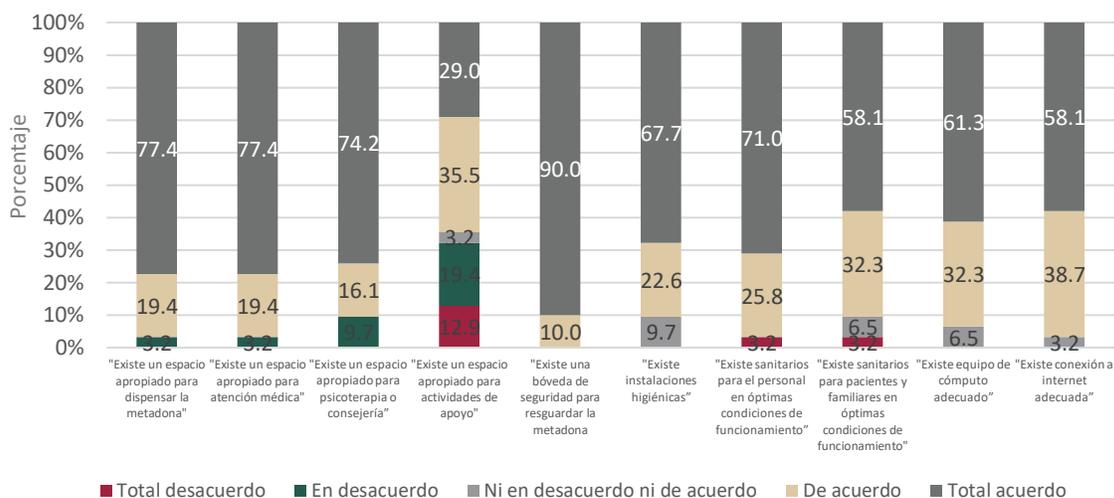
- Centro de la Conducta, Tijuana
- Instituto del Noroeste contra las adicciones, Tijuana
- Profesionales contra la adicción, Mexicali

Al preguntar en estas unidades quién puede aplicar la Naloxona, se refirió que sólo el médico puede hacerlo. Este aspecto revela que el acceso a la Naloxona es limitado para la mayoría de las unidades, aun siendo todas ellas establecimientos profesionales que cuentan con un médico calificado para el manejo de sobredosis.

Considerando la opinión general respecto al porcentaje de los pacientes que concluyen o son dados de alta en la clínica de metadona y que son referidos a un centro residencial para continuar su tratamiento, se identificó que en pocos casos ocurre esta colaboración interinstitucional. En poco más de la mitad de los casos (51.9%) se refirió que no ocurre esta referencia de pacientes y en el resto, ocurre de forma irregular o esporádica.

Respecto a las condiciones de la infraestructura, existe una opinión muy favorable de los espacios físicos e instalaciones en las que se implementa la atención (ver figura 33).

Figura 33. Condiciones de las instalaciones para la operación de las clínicas de metadona



En resumen, las clínicas de sustitución con metadona suelen tener amplia experiencia en la atención y quienes operan los servicios cuentan con perfiles profesionales y están capacitados en temas relacionados con la atención de usuarios desde una perspectiva más clínica (en comparación con los centros residenciales), sin embargo, se advierte que no se está capacitando al personal en temas relevantes como la atención de comorbilidad psiquiátrica o el uso de Naloxona.

El tratamiento que otorgan las clínicas se divide en tres fases y cada fase varía en su duración y dosificación, de acuerdo con la evolución del paciente. La primera fase es conocida como la fase aguda y en promedio tiene una duración de 9 meses. La segunda fase es de mantenimiento/estabilización y en promedio dura 2 años y la última fase es de deshabitación del fármaco y su duración en promedio es de 6 meses. Dentro del plan de tratamiento la intervención psicológica fue identificada como la más efectiva para el apoyo del paciente, con estrategias como la terapia cognitivo-conductual, psicoterapia en grupo, consejería individual y apoyo psicosocial.

En estos establecimientos la atención médica es constante, sin embargo, aun cuando hay médicos calificados, las clínicas suelen enfrentarse a limitaciones en el acceso a medicamentos como la misma metadona o la Naloxona. Por otro lado, las clínicas no suelen tener contacto con los establecimientos residenciales para que los usuarios puedan ser referidos si es necesario.

6. Otros aspectos que caracterizan el tratamiento en las clínicas de metadona.

Incorporación de la familia en el programa de tratamiento

Los operadores de las clínicas consideran que, si bien el ingreso a tratamiento debe ser voluntario, es frecuente que la solicitud de atención sea resultado de la presión de la familia hacia el usuario y cuando esto sucede, se debe principalmente a que este ha tenido un historial de recaídas e ingresos en centros de tratamiento.

Los operadores consideran que los usuarios de heroína que se encuentran en tratamiento suelen recibir menos apoyo de su familia, en comparación con los usuarios de otras drogas. Por ello, consideran que al ingreso es muy importante orientar y mantener informada a la familia sobre el tratamiento y las diferentes etapas por las que pasará el usuario para que puedan apoyarlo, sin embargo, en su experiencia consideran que es difícil que la familia se involucre en el proceso terapéutico, pues frecuentemente perciben que es únicamente el usuario quien presenta el problema. En la opinión de los operadores, muchos pacientes suelen tener resultados aceptables y logran estabilizarse social y laboralmente cuando la familia se involucra con el tratamiento.

Atención disponible para mujeres

De acuerdo a los operadores, por cada nueve hombres que acuden a tratamiento, asiste una mujer. Asimismo, manifiestan que no existen protocolos de atención diferenciados para hombres y mujeres, en este sentido, enfatizan que además de las diferencias fisiológicas, es notable que las mujeres suelen solicitar el tratamiento en condiciones más precarias y comúnmente acuden a la clínica acompañadas de sus hijos. Ante la precariedad de su condición física y emocional y aun cuando hayan estado consumiendo cantidades elevadas de heroína en la calle, las clínicas optan por suministrar niveles bajos de metadona para no causar un fenómeno conocido por los operadores como “impregnación”, que hace referencia a una dependencia de corte más psicológico.

Los operadores destacan la importancia de que la información acerca de las clínicas de metadona se haga llegar a las mujeres usuarias en los lugares en que estas se encuentran, como las zonas de consumo o “tapias” o en las oficinas de gobierno a las que tienen que asistir con cierta regularidad quienes ejercen la prostitución. Asimismo, consideran importante fortalecer los sistemas de atención en red que trabajan con mujeres, para ofrecer mayor información sobre la alternativa que representa la clínica de metadona.

Atención disponible para menores

Los operadores perciben que la demanda de tratamiento por parte de menores de edad ha incrementado, sin embargo, refieren que uno de los criterios de exclusión para acceder al tratamiento es precisamente ser menores, a pesar de tener esta restricción, a los adolescentes se les brinda el tratamiento cuando un familiar adulto firma una carta responsiva. En este sentido, consideran que no brindar la intervención significa permitir que los jóvenes regresen a la calle a consumir heroína, lo cual no es compatible con la ética profesional ni con la perspectiva de reducción de daños de los programas.

Dispensación de metadona

El plan de tratamiento contempla como objetivo inicial que la sustitución les permita dejar de consumir heroína, posteriormente se irá disminuyendo la cantidad de metadona hasta que puedan estar en abstinencia con apoyo de algún tratamiento terapéutico, que incluye la posibilidad de ser atendidos en modalidad residencial o en consulta externa. Sin embargo, esto no ocurre en todos los casos, ya que el paciente puede tener reticencia a involucrarse en un tratamiento psicológico influenciado por el estigma social de asociar este tipo de intervención con la pérdida de la razón (o estar “locos”), en este sentido, también es común que el paciente únicamente acuda a la clínica por sus dosis y se retire de inmediato, lo cual limita la posibilidad de éxito del tratamiento, sin embargo, los operadores reconocen que mientras el paciente no acceda a involucrarse en un proceso terapéutico y solo se mantenga medicando, no se logrará un cambio real.

Respecto a la dosis de metadona que es administrada, esta suele variar de acuerdo al paciente y la valoración que se haga del caso, puede ir de 10 miligramos hasta 120 miligramos (que es la dosis más alta en muchos establecimientos). Uno de los parámetros para determinar esta cantidad es establecer una correspondencia con la cantidad de heroína que el paciente estaba consumiendo y cuidar que la dosis le permita realizar las actividades diarias sin que tenga el síndrome de abstinencia.

Los operadores perciben que podrían tener mejores resultados en la clínica si tuvieran la posibilidad de incluir nuevos medicamentos sustitutivos como la Buprenorfina o la Naltrexona, pero se enfrentan a muchas limitaciones derivadas de las duras medidas regulatorias sobre estos medicamentos en la legislación mexicana.

Atención de las sobredosis

En la clínica de metadona es poco frecuente que tengan casos de sobredosis, debido a que uno de los criterios de exclusión para tomar el medicamento es que no se presenten intoxicados, sin embargo, identifican que en otros espacios de tratamiento es frecuente que se presenten pacientes con intoxicación aguda. Advierten también que los casos de sobredosis se complican aún más en pacientes con diabetes mellitus, en comparación con otros pacientes. En las clínicas, la detección de casos de intoxicación usualmente la realiza el auxiliar químico, que es quien tienen el primer contacto con el paciente, en los casos de sospecha se avisa al médico para su valoración y en caso de ser necesario se le traslada en una ambulancia a alguna unidad de salud. En este contexto, reportan que la disponibilidad de Naloxona en las clínicas es prácticamente nula.

Intervenciones para la reducción de daños

De acuerdo a los operadores, existe mucha desinformación sobre lo que son los programas de reducción del daño, particularmente entre el personal de salud. Algunas de las estrategias de reducción de daños que se implementan en las

clínicas consisten en la detección de VIH, Hepatitis, Sífilis, distribución de condones y educación sobre enfermedades de transmisión sexual. Generalmente, los pacientes que son detectados con VIH o VHC son canalizados a alguna unidad de salud.

Si bien el porcentaje de pacientes con VHC es de 85% y con VIH es entre 4 y 6%, las posibilidades de acceder a tratamiento para VIH son de 90%, en tanto que para VHC es apenas el 5%. Las pruebas de detección de VIH y VHC se realizan cada seis meses, aunque en casos de poblaciones de mayor vulnerabilidad puede ser menor tiempo, sin embargo, refieren que los usuarios suelen no tener pleno conocimiento de la gravedad de su padecimiento cuando es detectado.

La experiencia que tienen los operadores de la unidad de CIJ es que el tratamiento paralelo de antiretrovirales y el mantenimiento de metadona es viable y que uno favorece al otro, además, refieren que no existe razón para negar el tratamiento con metadona a pacientes con VHC, y que cuando esto ocurre, responde más a la estigmatización del personal médico sobre los usuarios.

Aplicación de pruebas antidoping

Como parte de la intervención se realizan periódicamente pruebas de detección de drogas (se aplican cuando los pacientes ingresan, cada tres meses o cada que se sospecha de un consumo), este tipo de pruebas se realizan aun cuando las personas han sido dadas de alta, pero continúan asistiendo a la clínica a recibir terapia grupal (a ellos se les cita cada 15 días o cada mes). Sin embargo, en el uso de este tipo de pruebas existen retos, uno de ellos es el costo que representa para el usuario, por otro lado, las pruebas convencionales comúnmente no detectan el uso de nuevas sustancias psicoactivas o sustancias emergentes como el Fentanilo.

Seguimiento a usuarios

El seguimiento de los pacientes que abandonan el tratamiento se hace vía telefónica por parte del área de trabajo social, sin embargo, la inseguridad que existe en el entorno no permite que este servicio sea realizado de otra forma (como acudir al domicilio de los usuarios).

Reinserción social

La reinserción social en el tratamiento con metadona se traduce en la disminución gradual de la medicación (o “destete”), aunque es un proceso complicado por los temores que tienen los pacientes y por la seguridad que les ofrece mantenerse con dosis de metadona lo más altas posibles. El autocontrol es uno de los componentes que se trabaja para evitar las recaídas durante la fase en la que comienzan a intentar tener estabilidad en distintas áreas de su vida, como la laboral. A pesar de que para algunos pacientes el plan de tratamiento con metadona puede ser un programa por tiempo indefinido, para otros pacientes se enfatiza que parte importante de su plan de tratamiento es que en algún momento logren la abstinencia sin la necesidad de medicarse con metadona, lo que significa para muchos “lograr la libertad”.

A pesar de estas consideraciones y los esfuerzos de los operadores, es notable que, en el marco de las intervenciones de sustitución con metadona, propiamente no existen programas de reinserción social.

El reto de la recaída

Quienes son usuarios de heroína se enfrentan a importantes retos durante la recuperación, en opinión de los operadores, quienes se someten a tratamiento de sustitución y son personas mayores o tienen varios años bajo tratamiento, pueden llegar a desarrollar cierta dependencia al programa y mostrar temor de recaer cuando se les reducen las dosis de metadona. Por otro lado, las personas más jóvenes suelen permanecer menor tiempo en el programa, usar dosis menores de metadona y darse la oportunidad de probar si pueden estar en abstinencia. Los operadores coinciden que para lograr esto último, es importante la intervención psicológica tanto con el paciente como con su familia, sin embargo, el desgaste emocional y económico que representa la convivencia con el usuario, hace más difícil la aceptación de esta para participar del tratamiento.

En este contexto, las pequeñas o grandes dificultades que se les presentan a los usuarios en la vida cotidiana, por lo general son motivo suficiente para que vuelvan a consumir después de un tiempo de abstinencia. Los operadores estiman que cerca del 80% de los pacientes tienen recaídas constantes y llegan a mantenerse en abstinencia por un periodo máximo de dos meses.

Estigma hacia los usuarios

En opinión de los operadores, entre el personal de salud se suele encontrar muchos estigmas hacia los usuarios heroína, lo que representa una importante barrera para la atención y rehabilitación. El estigma se incrementa cuando se trata de usuarios con otros padecimientos, como VIH o VHC, a quienes incluso el personal médico llega a negarles la atención de manera injustificada. Particularmente, se identifica que el gremio médico es el que más estigmatiza a las personas que tienen una adicción, consideran que esto ocurre porque no conocen a profundidad el trastorno y desconocen el trabajo clínico y terapéutico que las clínicas realizan.

La metadona también tiene un importante estigma entre quienes operan servicios de tratamiento, ya que suelen verla como una droga más y, por lo tanto, quien esté en un tratamiento de sustitución con esta sustancia seguirá siendo un “drogadicto”. Los operadores mencionan que una de las condiciones para que las clínicas de metadona logren mayor éxito, es que se elimine la estigmatización que se tiene acerca del tratamiento, particularmente entre las personas que se dedican a la atención de usuarios de drogas.

Opinión de los centros residenciales

Quienes operan las clínicas consideran que los pacientes que son tratados en centros residenciales tienen mayor número de recaídas, particularmente porque están encerrados contra su voluntad. Perciben que los usuarios de heroína no logran ajustarse a los programas de tratamiento en los centros residenciales, particularmente por la situación de encierro obligatorio que existe. Por ello, creen que existe una alta deserción de estos pacientes. Cuando atienden pacientes que han salido de centros residenciales, estos suelen quejarse de las condiciones físicas y de salud que prevalecen en estos lugares. En los casos en que sí recomiendan tratamientos residenciales es cuando el usuario, debido a su entorno o expectativas de tratamiento, no logra mantenerse sin consumir.

Coordinación institucional

La interacción que existe entre las clínicas de metadona con otros servicios de salud que atienden adicciones es prácticamente inexistente, los operadores advierten que conocer a profesionales en otras unidades de salud es lo que facilita la referencia de pacientes, esto denota que la atención oportuna de pacientes por referencia o interconsulta, depende de la relación entre profesionales y no necesariamente de procesos institucionales bien establecidos.

Necesidades de capacitación

Los operadores refieren que sería importante ser capacitados en las mejores prácticas que se han desarrollado en otros países, aunque la capacitación que han recibido por parte de las autoridades estatales y federales es prácticamente nula. Como parte de la capacitación que consideran necesaria, está la certificación en diferentes procedimientos y estrategias terapéuticas. En este sentido, proponen que exista una organización de instituciones que trabajan en adicciones y que se establezca mayor comunicación con las autoridades estatales y federales encargadas del tema.

Dificultades para el acceso a tratamiento

Una de las primeras barreras para que las personas lleguen a tratamiento radica en el desconocimiento de las clínicas y del servicio que ofrecen. La distancia que deben recorrer los usuarios para llegar a las clínicas también se convierte en una importante barrera para el tratamiento por el tiempo que invierten para acudir y por el costo del transporte.

Adicionalmente, los operadores de Tijuana identifican que en la ciudad existe una franca zona de exclusión para toda persona que tenga un aspecto físico similar al de un consumidor de heroína u otras drogas, estas personas suelen ser detenidas, extorsionadas y retiradas por la policía. En este sentido, a la par que el consumidor es criminalizado, la clínica de metadona es vista como un lugar en el que confluyen un número importante de personas con perfiles delictivos o peligrosos.

Respecto a la operación, se reconoce que las clínicas carecen de lineamientos de operación que sean elaborados y avalados por las autoridades competentes. Tampoco se cuenta con protocolos y manuales de procedimientos que especifiquen las funciones de los perfiles que se requieren, ni el adecuado uso de espacios en una clínica. Asimismo, identifican que el espacio físico y la infraestructura con que cuentan no es suficiente para el número de pacientes que demandan este tipo de atención.

Un aspecto importante que constituye una limitación para el tratamiento es que las clínicas de metadona han tenido períodos de desabasto del medicamento, debido a que dependen de un solo laboratorio para el suministro. Asimismo, cuando la clínica no cuenta con solvencia económica no pueden comprar metadona, generando que los pacientes deban buscar el medicamento en otras clínicas.

Los operadores externaron algunos incidentes que han tenido con situaciones de violencia, como la extorción por parte de grupos criminales, aunque es menos frecuente en las clínicas de metadona que en los centros residenciales. En Ciudad Juárez, las clínicas identifican que se encuentran en medio de una disputa entre grupos del crimen organizado por el control de plazas. Asimismo, los niveles de violencia en esta ciudad han impactado directamente en los pacientes y en la clínica y atribuyen que esto ha hecho que el número de solicitudes de atención disminuya.

Importancia de las clínicas de metadona

Los operadores valoran que cuando una persona se mantiene en tratamiento con metadona, se están reduciendo muchos de los impactos negativos asociados al consumo, tanto a nivel social como sanitario, además este tratamiento les permite tener una vida más “normalizada”, que incluye poder trabajar y desarrollar actividades con regularidad.

Parte de la representación social que se tiene de las clínicas de metadona es que son lugares en los que se sustituye una droga por otra y se evita que los usuarios logren resolver su problema de adicción, sin embargo, quienes laboran en las clínicas consideran que esta opinión es parte del estigma y la desinformación que existe sobre la metadona, incluso consideran que esta falta de información persiste entre el personal de salud, pues desconocen acerca de la existencia y las funciones que las clínicas desempeñan.

7. Organizaciones de la Sociedad Civil.

Como parte del estudio, se realizaron entrevistas con operadores de las Organizaciones de la Sociedad Civil que realizan intervenciones en materia de reducción de daños, con el propósito de conocer la naturaleza de sus programas y los retos que enfrentan en la atención con usuarios de heroína. En las entrevistas participaron:

- Prevecasa en Tijuana, que desde 2001 trabaja para responder a situaciones de migración en la frontera y en 2007 logró constituirse como una organización formal.
- Verter en Mexicali, que inicia formalmente su operación en 2013 y tiene antecedentes en la prevención y detección de VIH.
- Compañeros en Ciudad Juárez, que desde 1986 trabaja en prevención, atención, educación e investigación de VIH/SIDA, adicción a drogas inyectadas, violencia y temas asociados.
- Fátima en Chihuahua, que inició su operación en 1999, por la necesidad de ofrecer mejor calidad de vida a personas que viven con VIH.

Intervenciones de las Organizaciones

Las organizaciones tienen diversas acciones, las cuales se han ido adaptando a cambios en los contextos y situaciones del consumo en sus ciudades, sin embargo, en la generalidad de los casos implementan las siguientes actividades (ver tabla18):

Tabla 18. Intervenciones de las Organizaciones de la Sociedad Civil

Intervenciones
<ul style="list-style-type: none"> • Prevención y detección de infecciones de transmisión sexual: VIH y Hepatitis C. • Brigadas de prevención nocturnas: acuden a lugares de entretenimiento nocturno (antros) y zonas de tolerancia de trabajo sexual para la entrega de condones masculinos, femeninos, lubricantes, además de ofertar las pruebas rápidas de VIH, Sífilis y Hepatitis C. • Programas de servicio médico, atención integral dental y servicio psicoterapéutico individual, grupal y desarrollo personal y humano. • Jornadas para hacer curaciones de lesiones a usuarios en sitios de consumo. • Grupos de ayuda mutua. • Regularización escolar para primaria y secundaria. • Trámite de documentos de identificación para inscribir a los usuarios en programas educativos, de salud o de bienestar social. • Servicio de albergue de corta estancia. • Promoción de los derechos humanos y la reducción de daños, particularmente con usuarios de drogas inyectables.

Atención de personas con VIH

Las acciones de detección oportuna se realizan en los espacios de las organizaciones y son acompañados de consejería, una vez que los usuarios tienen los resultados de laboratorio, se les apoya en la gestión de un tratamiento antirretroviral en caso de ser necesario.

Una de las ventajas de las organizaciones es que sostienen convenios con distintas instituciones de salud, por ejemplo, en Tijuana colaboran con el Centro Ambulatorio para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS) perteneciente a la secretaria de Salud. De esta forma, el paciente puede acudir ocasionalmente a su revisión en la unidad de salud y acudir constantemente a la organización, en tales casos, los médicos de ambos establecimientos mantienen comunicación mediante estrategias de telemedicina para dar seguimiento oportuno al caso.

A pesar de algunas colaboraciones, en la opinión de los operadores de las organizaciones, el sistema de salud no responde adecuadamente a las necesidades de atención de los usuarios de heroína que tienen VIH, ya que en diversas unidades se les exige y condiciona atender la adicción para acceder al tratamiento con antirretrovirales, lo cual es claramente violatorio de su derecho a la salud.

Hepatitis C

Los operadores de las organizaciones consideran que entre el 85 y 90% de los usuarios de heroína son positivos a Hepatitis C. Como sucede con las personas que portan VIH, en ocasiones los portadores de VHC son condicionados a tratar primero su adicción para acceder al tratamiento de VHC.

Paradójicamente, en el marco de las acciones de gobierno para intercambiar jeringas, suele exponerse más a los usuarios al contagio de VHC o VIH. Las organizaciones refieren que las jeringas que el gobierno distribuye (conocidas como “ratoneras”) son las que mayor probabilidad tienen de generar contagios, porque en ellas queda sangre con droga, así que cuando los usuarios comparten la jeringa, hay más riesgo de transmisión. Por otro lado, el desabasto y el limitado recurso que tiene para la compra de jeringas es un riesgo para la operación de sus actividades.

También es importante destacar que el intercambio de jeringas es un programa con altos costos para las organizaciones: en promedio cada jeringa tiene un valor de \$3.71 pesos (US\$0.19) y en un año llega a distribuir 150 mil unidades (PrevenCasa), lo que representa un monto anual de más de \$550 mil pesos (US\$28,497) sin considerar otros utensilios que distribuyen junto con las jeringas como condones y lubricantes, filtros, agua destilada, toallitas alcoholadas, recipientes para calentar la sustancia, entre otros.

En Compañeros, en Ciudad Juárez, se adquirirían 400 mil jeringas, más 150 mil que les aportaba al Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA), sin embargo, describieron que en 2019 no tuvieron apoyo de esta institución, por lo que tuvieron que limitar el número de jeringas distribuidas. Aunque reconocen que las 2 jeringas que entregan no son suficientes, pues al menos deberían entregar de 5 a 10 jeringas diarias por usuario, lo que no pueden hacer por la falta de recursos.

Las organizaciones perciben exitoso que, con los programas de intercambio de jeringas, están logrando eliminar de las calles las jeringas usadas, ya que representan un riesgo sanitario para la población. Por otro lado, la sensibilización de los usuarios de heroína de no compartir sus jeringas con otros usuarios y lograr que ellos mismos sean ahora quienes transmiten esa información, es un resultado favorable. Asimismo, es exitoso que cuando observan que otra persona va a compartir una jeringa, al menos recomiendan que se lave con el procedimiento 3x3²⁰, un proceso sencillo que puede salvar vidas.

Atención disponible para mujeres

Las organizaciones consideran que el porcentaje de mujeres que demandan atención es relativamente bajo (cerca del 15% de la demanda total). En este sentido, la oferta de atención para ellas es escasa pues la mayoría de los programas son para hombres, es común que no existan lugares de rehabilitación para mujeres, o bien en los existentes, no se les permite ingresar con sus hijos.

²⁰ El 3x3 es un método de limpieza de jeringas, en el cual primero estas se lavan en tres ocasiones con agua y tres ocasiones con cloro.

Además de la situación de vulnerabilidad por el consumo, los operadores consideran que las mujeres son aún más vulnerables cuando se dedican al sexo servicio, e incluso, pueden llegar a ser víctimas de trata de personas. Algunas mujeres también suelen iniciar el consumo por presión de la pareja y lo continúan haciendo para mantener la relación. De hecho, algunas mujeres que se dedican al sexo servicio, suelen no ser apoyadas para ingresar a tratamiento si es que también fungen como proveedoras de la droga para su pareja o familiares.

Los operadores también identifican que no existen programas para mujeres que consumen heroína y están embarazadas, se dedican al sexo servicio, viven en situación de calle o son migrantes en tránsito. En ocasiones, consumidoras deben acudir a una clínica para atender su parto, son discriminadas al interior de los servicios de salud y deben soportar situaciones como que no sea controlado su síndrome de abstinencia.

Atención en puntos de consumo

El trabajo de campo en lugares de consumo es un elemento central en las intervenciones de las organizaciones, a través de él realizan la distribución de jeringas, la detección de VIH, Sífilis y Hepatitis, así como curaciones a lesiones asociadas al consumo. Este tipo de trabajo también les permite hacer un registro (censo o mapeo) de los usuarios, lo que les ayuda a identificar características y necesidades específicas de la población.

Desafortunadamente, la frecuencia con la que asisten y el número de lugares a los que pueden asistir se ha reducido por la falta de recursos, asimismo, se enfrentan a que en cada lugar de consumo al que acuden para hacer el intercambio de jeringas (o “conectas”) tienen que solicitar autorización a personas que fungen como “encargadas” del lugar, el ingreso depende de los contactos que se tengan y de la confianza que han logrado a través de los años de trabajo y solo pueden permanecer determinado tiempo, sobre todo cuando existen situaciones críticas en esos lugares (inseguridad o violencia).

Atención de las sobredosis

Si bien el trabajo cotidiano de las organizaciones no consiste en la atención de urgencias como la sobredosis, incorporan el uso de la Naloxona como alternativa para revertir esta condición. Sin embargo, existen importantes limitaciones en su uso, pues es escasa e inaccesible, incluso áreas de urgencias como la Cruz Roja no la tienen disponible. En este sentido, las organizaciones han llegado a realizar convenios con organizaciones de Estados Unidos para obtener donaciones de Naloxona y han capacitado a usuarios para formar un grupo de promotores que puedan tener acceso al medicamento para revertir sobredosis en los lugares de consumo.

Barreras en la prestación del servicio

Los operadores de las organizaciones señalan que la mayor parte de los usuarios que atienden se encuentran en situación de calle y por lo regular presentan condiciones de salud muy precarias, eso los lleva a que sean estigmatizados y se les nieguen derechos básicos como el de la salud o al libre tránsito. En este sentido, consideran que hacen falta lugares donde se brinde a los usuarios consejería integral, también consideran importante que los tratamientos sustitutos sean gratuitos, incluso consideran que las organizaciones deberían tener la oportunidad de dispensar metadona.

Los operadores también consideran que una de las barreras más significativas consiste en que las autoridades gubernamentales no comprenden a fondo la relevancia del enfoque de reducción de daños como parte esencial de las políticas públicas, particularmente consideran que todos los esfuerzos de estas dependencias se han enfocado a la prevención, la atención en el primer nivel y en los centros residenciales. Uno de los ejemplos que exponen en relación a la escasa comprensión de las estrategias de reducción de daños, fue que en la ciudad de Mexicali las autoridades municipales clausuraron la operación de una sala de inyección segura para mujeres por no contar con los permisos de construcción respecto a modificaciones hechas al establecimiento. Para las organizaciones, esta clausura se dio en el marco de un debate tras conocerse la existencia de la sala y estuvo caracterizado por el desconocimiento de cómo opera el espacio y las necesidades de salud que enfrenta la población que es objeto de la intervención.

Estigma

Los operadores refieren que es frecuente que los usuarios de drogas padezcan discriminación en los hospitales. Esto no es cosa menor, ya que este rechazo a ser atendidos y violentar su derecho de acceso a la salud, ha provocado algunas muertes por infecciones o condiciones graves no atendidas. Por ejemplo, en los casos de sobredosis, cuando se llama a emergencias, si el personal que es primer respondiente se entera de que se trata de un usuario de drogas inyectables en muchas ocasiones no envían la ambulancia.

Por otro lado, describieron que en Tijuana existe un programa municipal como parte de una política para “limpiar” la imagen de la ciudad, en el que retiran a los usuarios de drogas que normalmente se encontraban en las calles y en lugares públicos, desplazándolos hacia otras zonas más alejadas de donde transitan turistas y personas de la ciudad. Esto ha provocado que exista una zona de exclusión en la zona centro de Tijuana, en la cual los usuarios o cualquier persona que tenga un aspecto parecido, es detenido por la policía y se le arresta o se le aleja del lugar. Uno de los graves problemas asociados es que en esta “zona de exclusión” se encuentran muchos de los servicios de salud que requieren los usuarios de drogas.

Insuficiencia de fondos económicos

Los fondos que obtenían las organizaciones por parte de instituciones gubernamentales para implementar programas de reducción de daños generalmente se realizaban mediante una convocatoria operada por CENSIDA para presentar proyectos. Sin embargo, derivado de la nueva normatividad federal para que las asociaciones civiles no reciban fondos gubernamentales, las organizaciones dejaron de recibir recursos económicos en 2018. Ante esta situación, muchas de las organizaciones tratan de cubrir los programas con muy pocos insumos y buscan donaciones, sobre todo con organizaciones de Estados Unidos. Las OSC más consolidadas como Compañeros tienen mayor diversidad de líneas de financiamiento, que les permiten continuar operando.

Vinculación con clínicas de metadona

Los operadores de las OSC advierten que tanto clínicas de metadona como los centros residenciales deberían considerar la incorporación de programas de reducción de daños y tomar en cuenta que la abstinencia no debe ser el único objetivo terapéutico, es decir, deben centrarse más en la persona y no en la sustancia. Asimismo, perciben que son pocos los usuarios que están en tratamiento con metadona, sin embargo, las organizaciones suelen promover y brindar información sobre estos lugares, incluso en ocasiones los acompañan a la consulta inicial, aunque identifican que por lo general a los usuarios la metadona les resulta muy costosa y no la pueden pagar. Cabe destacar que las organizaciones consideran que el tratamiento con metadona es una muy buena opción para generar adherencia al tratamiento de una con antirretrovirales (en el caso de personas infectadas con VIH).

IV. Conclusiones

El Estudio de Caracterización de los Servicios para Personas que Consumen Heroína, Fentanilo y otros Opioides en México, estuvo enfocado a identificar las instituciones públicas y privadas que ofrecen servicios de atención a los usuarios de estas sustancias en ocho ciudades de la franja fronteriza de Baja California, Chihuahua y Sonora.

El estudio logró evidenciar la grave situación de precariedad en que se encuentran las personas que consumen heroína y la notable carencia de servicios de salud y de bienestar social que prevalecen en estas entidades para atender a esta población. Por un lado, si bien existe oferta de servicios ambulatorios públicos en las ocho ciudades del estudio, estos usualmente no responden a las necesidades de atención de los usuarios de heroína. En este sentido, se determinó explorar las condiciones de las instituciones que tienen mayor contacto con estos usuarios, como los centros residenciales, las clínicas de metadona y las OSC que llevan a cabo acciones de reducción de daños. Para llevar a cabo este estudio se colaboró con 59 centros residenciales, 11 clínicas que dispensan metadona y cuatro OSC en las ocho ciudades.

En los 59 centros residenciales que fueron visitados para este estudio se encontraron las condiciones más críticas en la atención de la población que consume heroína y otros opioides. La mayoría de los centros implementan modelos de ayuda mutua y el personal que labora en ellos tiene bajos niveles de estudios y una mínima capacitación en la atención de adicciones o para desempeñar las funciones que realiza. En este sentido, es evidente la necesidad de capacitación a todo el personal profesional y no profesional en el manejo de usuarios de heroína y opioides. Se expresó una importante deficiencia respecto a cómo manejar la desintoxicación en los centros, la cual consideran una intervención altamente compleja. Son muy variadas y diversas las temáticas específicas que identifican como necesarias en la capacitación, desde nociones básicas de farmacología hasta estrategias terapéuticas ante situaciones concretas. En este sentido, demandan que las autoridades gubernamentales hagan más accesibles las opciones de actualización.

Respecto a la demanda de atención, destacan que el número de usuarios de heroína y otros opioides que solicitan tratamiento en los centros residenciales ha disminuido, ya que se estima que actualmente la mayor demanda de atención es de estos establecimientos es de usuarios de metanfetaminas.

Las motivaciones que estos usuarios suelen tener para buscar tratamiento en un centro residencial están más relacionadas con responder a situaciones fortuitas o de beneficio inmediato, en las que buscan únicamente la abstinencia temporal. Una de estas razones es “descansar” de inyectarse por un tiempo (o “engordar la vena”) para posteriormente continuar con el consumo, de la misma forma, en algunos casos buscan tener la oportunidad de volver a percibir algunos de los efectos positivos de la heroína, los cuales dejaron de sentir por la tolerancia que desarrollaron por el consumo frecuente.

En el caso de las mujeres, se identifica que existe una mínima oferta de tratamiento para ellas y los mayores ingresos que estas registran son en centros con modelos de ayuda mutua. La motivación para ingresar a tratamiento puede estar relacionada con evitar la pérdida de los hijos, pero paradójicamente, por lo regular los centros no ofrecen alternativas para que quienes son madres acudan a tratamiento con sus hijos. Por otro lado, el personal que labora en los centros residenciales percibe diferencias entre las características de hombres y mujeres que se encuentran en tratamiento, destacando el aspecto más emocional que prevalece en ellas; consideran también que es muy frecuente que las mujeres tengan antecedentes de abuso sexual a edades tempranas y admiten que existe poca sensibilidad para manejar adecuadamente este tipo de casos en el tratamiento.

Gran parte de las barreras que existen para que los usuarios de heroína y otros opioides accedan a tratamiento en los centros residenciales están asociadas a la percepción que tienen de los servicios y los estigmas que prevalecen en la atención de las personas que utilizan drogas. El costo por internarse en un centro de tratamiento residencial también puede ser una barrera para acceder al tratamiento, sin mencionar que, en caso de requerir insumos adicionales como medicamentos, es la familia quien debe cubrir todos los costos.

Una práctica común en los centros residenciales es que al ingreso de los usuarios se les mantiene en “salas de observación”, que no son más que cuartos oscuros en los que se les aísla hasta que disminuyan los síntomas del síndrome de abstinencia, prácticamente sin ningún tipo de medicamento, únicamente suelen darles té, dulces o masajes para disminuir la ansiedad de la abstinencia.

Como limitante en la atención, es común identificar la estigmatización hacia los usuarios de drogas entre el personal profesional y no profesional, un porcentaje importante percibe que lo que caracteriza a los usuarios es que son manipuladores, mentirosos, que abusan de sus familiares y solo buscan ayuda cuando “tocan fondo”.

Con frecuencia los usuarios de heroína que llegan a los centros residenciales lo hacen sin la compañía de familiares. Aunque también es común el ingreso a tratamiento contra la voluntad de las personas, para ello, únicamente es necesario que los familiares firmen una responsiva, de ahí que se tenga la percepción de que los centros residenciales también son una alternativa para alejar a los usuarios de su entorno familiar o como una opción de abandono.

Los operadores perciben que prácticamente son nulos los programas o estrategias que existen para promover la reinserción social de los usuarios una vez que egresan de los centros residenciales, por lo que ellos suelen tratar de implementar programas que básicamente se orientan a desarrollar alguna habilidad u oficio.

Por otro lado, suele no haber comunicación con otro tipo de servicios como unidades de salud o las clínicas de metadona. En este sentido, la mayor parte de los centros residenciales consideraron que las clínicas de metadona son lugares donde únicamente sustituyen una droga por otra y de esa forma, perpetúan la adicción de las personas. El escaso contacto con clínicas de metadona genera que construyan ideas imprecisas y muchas veces erróneas de este tratamiento.

Respecto al consumo de fentanilo, una tercera parte de las personas encuestadas consideró que el ingreso a tratamiento residencial de usuarios de fentanilo es nulo. Para algunos centros residenciales, particularmente de Tijuana, Mexicali y San Luis Río Colorado los usuarios de fentanilo que se han detectado ha tenido un consumo esporádico y no siempre tienen conocimiento de la sustancia que están consumiendo. Particularmente en algunas ciudades de Sonora, existe la percepción de un aumento importante en el consumo de tramadol, sobre todo por parte de quienes anteriormente consumían heroína.

Entre los principales retos a los que se enfrentan los centros residenciales se encuentran mejorar la calidad de la atención, profesionalizar sus servicios e integrar un trabajo colaborativo con el sector salud.

Respecto a las clínicas de metadona, sólo dos de ellas operan con recursos públicos (CIJ) y contaron con buenas prácticas de atención integral, tanto para los pacientes como para sus familiares. En estas unidades públicas se aplican los protocolos de atención con mayor apego a un programa interdisciplinario y su personal cuenta con el perfil y una capacitación más adecuada para el desempeño de sus funciones. Sin embargo, en la mayor parte de las clínicas de metadona no se lograron detectar lineamientos de operación elaborados por las autoridades competentes. En las nueve clínicas privadas, se detectó que cumplen con la función de dispensación de metadona con deficientes niveles de control y que, en varias de ellas, entregar la metadona es el único servicio que ofrecen.

Existe un importante déficit del número de clínicas de metadona en relación a la demanda potencial en las ciudades fronterizas, sin embargo, en algunos casos la demanda de atención es reducida; entre las principales barreras detectadas para el tratamiento se encuentra la dificultad para desplazarse a las instalaciones de las clínicas, lo que implica un tiempo importante en el traslado y en el costo del pasaje. Los operadores también consideran que existe desconocimiento de las clínicas de metadona y del tratamiento que se ofrece en ellas por parte de los usuarios de drogas y sus familiares. El costo de la metadona constituye otro factor que inhibe que los usuarios inicien el tratamiento o que deserten del mismo al poco tiempo de iniciarlo. No se detectó ningún programa de becas o ayuda económica para solventar estos gastos por parte de autoridades de salud.

La interacción de las clínicas de metadona con otros servicios de salud es prácticamente inexistente, lo que genera un nivel de desinformación importante entre el personal de salud respecto a las unidades de metadona, además de existir un marcado estigma hacia estos servicios.

Por último, las OSC que implementan programas de reducción de daños representan en muchas ocasiones el último eslabón en el que los usuarios de heroína pueden encontrar algún acceso a los servicios de salud. Estas organizaciones suelen buscar la dignificación de los usuarios, sin embargo, la mayoría de ellas implementa sus servicios sin reconocimiento o respaldo de las autoridades, incluso, se enfrentan al estigma relacionado con los programas que realizan y con la población que atienden. Estas organizaciones tienen amplia experiencia en establecer convenios y colaboraciones con organizaciones binacionales a fin de hacerse de recursos e insumos para implementar sus programas. En el marco de este estudio, todas las organizaciones representaron actores cruciales para identificar las brechas más notables en la atención, brechas que deberán cerrarse, pues ningún ser humano debe estar al margen del acceso a la salud.

V. Referencias

Espino, Manuel (2019). "México está a tiempo de evitar consumo masivo de Fentanilo". En El Universal (Nación), 12 de febrero de 2019. Recuperado de <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/mexico-esta-tiempo-de-evitar-consumo-masivo-de-fentanilo>

Cervantes Trejo A, Elizundia Cisneros ME, Castañeda Alcántara ID, Suárez Meaney T, Barrera Muciño H. (2019). Estimación de costos del delito y la violencia para el sector privado en México y la importancia de su participación en la prevención de la violencia como estrategia de su modelo de negocios a largo plazo. Estudio en prensa. Chemonics International (México), Universidad Anáhuac.

Centros de Integración Juvenil (2018). Informe de rendición de cuentas de conclusión de la administración 2012-2018. CIJ, octubre de 2018.

Félix Berumen, H. (2011). Tijuana la horrible. Entre la historia y el mito, Tijuana: El COLEF. (Citado en Odgers, O. y O. L. Olivas H., 2018)

Fleiz-Bautista, C., Domínguez-García, M., Villatoro-Velázquez, JA., Vázquez-Quiroz, F., Zafra-Mora, E., Sánchez-Ramos R., Resendiz-Escobar E., Bustos-Gamiño M., Medina-Mora ME. Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México... Ciudad de México, México: INPRFM; 2019.

Jaime Martínez, R. (2006). Breve panorama histórico de la formación del campo religioso en Tijuana, desde el porfiriato hasta el gobierno de Ávila Camacho, Doxa, 1(2), p. 76 – 87 (Citado en Odgers, O. y O. L. Olivas H., 2018)

Índice de Paz de México (2019). Identificar y medir los factores que impulsan la paz, Institute for Economics & Peace, Sidney: abril de 2019. Disponible en: www.indicedepazmexico.org.

INEGI (2018). Encuesta Nacional de Seguridad Pública Urbana (ENSU), 2018

INEGI (2018). Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE), 2018 INEGI (2017). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2016 INEGI (2017). Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2017

INEGI (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de Relaciones en los Hogares (ENDIREH), 2016

INEGI (2014). Encuesta de Cohesión Social para la Prevención de la Violencia y la Delincuencia (ECOPRED), 2014

Kozelka, Ellen, E. (2018). Concepciones culturales del drogadicto en la frontera entre México y Estados Unidos y la formación del clima de tratamiento en dos centros de rehabilitación Tijuaneños. En Olga Olders

Ortiz y Olga L. Olivarez H. (2018). ¿Dejar las drogas con ayuda de Dios? Experiencia de internamiento en centros de rehabilitación fronterizos, Tijuana: El COLEF, p. 31 – 54 *Le Cour Grandmaison*, R.; *Nathaniel Morris* y *Benjamin T. Smith* (2019). No More Opium for the Masses, *Network of Research in International Affairs*, February 10, 2019. Recuperado de <https://www.noria-research.com/no-more-opium-for-the-masses/>

Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (2018). Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, última Reforma DOF 21 – 06- 2018

Olders Ortiz, Olga y Olga L. Olivarez H. (2018). ¿Dejar las drogas con ayuda de Dios? Experiencia de internamiento en centros de rehabilitación fronterizos, Tijuana: El COLEF

Ramírez, Miguel (2002) Comunidad sin fronteras: Una historia de rehabilitación del alcoholismo en México, México: editorial Diana [citado en Zamudio, C.; P. Chávez y E. Zafra (2015)].

Rosales, et al., (2017). "Health Services Provision for Migrants Repatriated through Tijuana , Baja California: Inter– agency Cooperation and Response Capacity". En Frontera Norte, Vol. 29, núm. 57, enero – junio de 2017, pp.- 107 – 130

Sánchez Jiménez, Arturo (2019). "México, con rezago en atención de la salud mental del 80%: INPRF". En La Jornada, 26 de febrero de 2019. Recuperado de <https://www.jornada.com.mx/ultimas/2019/02/26/en-mexico-1-de-cada-5-con-problemas-mentales-recibe-atencion-inprf-670.html>

Sánchez, Z. V. y Nappo S. A. (2008). Religious Intervention and Recovery from Drug a Addiction. Revista de Saúde Pública, 42(2), p. 265 – 272 (Citado en Odgers, O. y O. L. Olivas H., 2018)

Secretaría de Salud Norma Oficial Mexicana 028 SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones (NOM 028)

Secretaría de Salud (2017). *Lineamientos Nacionales para el Funcionamiento de las Clínicas de Metadona*, Cfr. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/296856/Lineamientos_Metadona_141117.pdf

Seguridad, Justicia y Paz (2019). Las 50 ciudades más violentas del mundo 2018. Portal web del Consejo Ciudadano para la Seguridad Pública y la Justicia Penal A.C.: <http://www.seguridadjusticiaypaz.org.mx/>

Vega Briones, G., (2016). "Población *commuter* de la frontera norte: el caso de Mexicali – Calexico y Tijuana – San Diego". En Estudios Sociodemográficos y Urbanos. Vol. 31, núm. 1 (91), pp. 207 - 238

Werb, D.D. et al (2016). Spatial patterns or arrests, pólíce assaukt and addiccion treatment center locations in Tijuana, México, *Addiction*, 111(7), p. 1246 – 1256. (Citado en Kozelka, Ellen, E., 2018)

Zamudio, C.; P. Chávez y E. Zafra (2015). Abusos en centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México, Cuadernos Cupihd No. 8, Colectivo por una política integral hacia las drogas, A.C., 30 pp.