



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRIA Y DOCTORADO EN CIENCIAS MÉDICAS,
ODONTOLÓGICAS Y DE LA SALUD

Estigma y discriminación durante las trayectorias de atención de usuarios de alcohol y drogas que acuden a dos centros especializados en adicciones en la Ciudad de México

TESIS

QUE OPTA POR EL GRADO DE MAESTRO EN CIENCIAS DE LA SALUD CON
CAMPO DISCIPLINARIO EN SALUD MENTAL PÚBLICA

PRESENTA

OSCAR HUGO ESPIN GARCÍA

Director de tesis

DRA. ELIA JAZMÍN MORA RÍOS

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Ciudad Universitaria, CD.MX. Agosto 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción	VII - X
Capítulo 1. El abuso de sustancias como problema de salud pública	11
1.1 El consumo de drogas en México	12
1.1.2 Consecuencias a la salud por el abuso de sustancias	13
1.1.3 Criterios de clasificación diagnóstica para el trastorno por uso de sustancias	16
1.1.4 Espectro de consumo de sustancias psicoactivas	19
1.1.5 Consideraciones en el abuso de sustancias	21
1.2. Servicios de atención para el abuso de drogas disponibles en salud pública.....	21
12.1 Promoción a la salud.....	21
1.2.2 Prevención en el consumo de drogas	22
1.2.3 Tratamientos e intervenciones a nivel internacional.....	22
A. Servicios de acceso directos.....	23
A.1 Grupos de ayuda mutua	24
A.2 Terapia de facilitación de doce pasos.....	24
B. Tratamientos estructurados	25
B.1 Programas de desintoxicación.....	25
B.2 Prevención de recaídas	26
B.3 Intervenciones psicosociales	26
B.3.1 Programas en la comunidad o ambulatorios.....	27
B.4 Tratamiento conductual ambulatorio	27
B.5 Tratamientos residenciales	28
B.6 Intervenciones farmacológicas: programas de mantenimiento	29
B.7 Farmacoterapia antagonista: naltrexona.....	30
B.8 Entorno especial de tratamiento: sistema de justicia penal.....	30
B.9 Programas de reducción de daños	31
1.2.3 Sistemas de atención y tratamiento con mayor efectividad a nivel internacional	32
1.2.3.A Del Opium wiet al sistema de monitoreo drogas: la política pragmática de los Países Bajos.....	33
1.2.3.B Sistema de atención para las adicciones en México.....	39

1.3 Barreras de atención en la salud mental y en el abuso de sustancias	40
1.3.1 Factores que limitan la atención a usuarios de drogas en México	43
Capítulo 2. Estigma como barrera para la atención del abuso de sustancias	45
2.1 Estigma, prejuicio y discriminación.....	45
2.2 Estigma público	49
2.3 Internalización del estigma.....	49
2.4 Estigma percibido (perceived) y sentido (enacted).....	51
2.5 Estigma estructural.....	51
2.6 Estigma y consumo de drogas	52
2.6.1 Literatura internacional sobre estigma y consumo de drogas	54
2.6.2 Estudios en México sobre estigma y consumo de drogas.....	59
Capítulo 3. La narrativa como herramienta para recuperar las experiencias y construir trayectorias de atención.....	61
3.1 Antropología y consumo de drogas	62
3.1.1 Modelo de la antropología médica crítica: sufrimiento social y automedicación	62
A Producción social del sufrimiento	63
B Automedicación	64
3.1.2 Modelo explicativo de la experiencia para recuperar la subjetividad	64
3.2 Narrativas del padecer y la enfermedad: estrategias de la investigación cualitativa para recuperar la subjetividad relacionada al consumo de drogas	65
3.3 La experiencia vista como Padecer (Illness), Enfermedad (disease) y Malestar (Sickness)	69
3.4 Trayectorias de atención y el análisis de los sistemas de salud.....	70
3.5 Estudios sobre trayectorias de atención del abuso de sustancias	74
Capítulo 4. Método	75
4.1 Planteamiento del problema.....	75
4.2 Objetivo general	76

4.2.1 Objetivos específicos.....	76
4.3 Tipo de estudio.....	77
4.4 Participantes	77
4.5 Estrategia de recolección de la información.....	79
4.6 Contextualizando los centros de atención en adicciones	79
4.7 Procedimiento	81
4.8 Consideraciones éticas	84
4.9 Análisis cualitativo de la información.....	84
Capítulo 5. Resultados.....	86
5.1 Narrativas de los participantes	86
5.1.A Características del consumo de sustancias de los participantes	103
5.2 Trayectorias de atención	104
5.2.A Mujeres y trayectorias de atención en el consumo de alcohol y drogas ..	104
5.2.A.1 Análisis de las trayectorias de las mujeres	109
5.2.B Caminos de atención de participantes hombres	110
5.2.B.1 Análisis de las trayectorias de los participantes	121
5.2.C Brechas en las trayectorias de atención de ambos participantes	122
5.3 Experiencias asociadas al estigma y la discriminación referidas por los participantes entrevistados	123
5.4 Recomendaciones de los participantes para erradicar las actitudes estigmatizantes y prácticas que discriminan a las personas que usan drogas y están en tratamiento.....	130
Capítulo 6. Discusión.....	133
6.1 Limitaciones del estudio y sugerencias para investigaciones a futuro	136
6.2 Recomendaciones para reducir el estigma y la discriminación hacía las personas que usan drogas	137
6.3 Conclusión	140
Anexos	142

a) <i>Norma Oficial Mexicana 028-SSA-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones</i>	142
b) Principios éticos en investigación	145
c) Carta de consentimiento informado.....	148
d) Guía de entrevista a usuarios de drogas	150
Referencias bibliográficas.....	154

Agradecimientos

A la Universidad Nacional Autónoma de México y al Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, mi gratitud por abrir sus puertas y permitirme continuar con mi formación profesional mediante el Programa de Maestría y Doctorado en Ciencias Médicas, Odontológicas y de la Salud.

El proyecto de investigación que aquí se presenta, pudo desarrollarse mediante el apoyo que otorgó el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) a través del Programa Nacional de Posgrados de Calidad (PNPC).

Asimismo, mi reconocimiento a la Dra. Jazmín Mora, por su invaluable guía en el desarrollo de todo el proceso de investigación y a la Mtra. Guillermina Natera, por apoyarme académica e institucionalmente durante todo el posgrado. Del mismo modo agradezco a la Dra. Liz Hamui y la Dra. Elia Nora Arganis por ser parte de mi proceso formativo en las aulas de la Facultad de Medicina y ayudar a posicionarme en mi investigación así como a la Dra. Claudia Rafful por sus valiosos comentarios y actualización de conocimientos sobre el tema.

Por último, quisiera corresponder a las instituciones de salud pública donde se desarrolló la investigación, al personal de salud y sobre todo a los participantes que compartieron fragmentos de sus vidas, para que de algún modo sus experiencias contribuyan a desarrollar políticas públicas de salud mental basadas en la inclusión y derechos humanos.

“Por mi raza hablará el espíritu”

Oscar Hugo Espin García

Ciudad de México, Agosto 2020

Introducción

En las últimas décadas, se ha documentado en la investigación a nivel internacional, que el estigma y la discriminación constituyen una de las principales barreras para la atención en el ámbito de las adicciones (Room,2005; Kulesza et al.,2014; Krawczyk et al.,2015; Cama et al.,2016; Yang et al.,2017). La exclusión, el rechazo y otras prácticas discriminatorias como maltrato físico y verbal se han identificado en usuarios de drogas que acuden a tratamiento (Gueta, 2017; Mora- Ríos et al.,2017). En el año 2019 se registró que cerca de 271 millones de personas alrededor del mundo consumieron algún tipo de droga ilegal, uno de cada 20 adultos entre 15 y 64 años ha utilizado por lo menos una droga en su vida, además de que alrededor de 35 millones de personas padecen trastornos por uso de sustancias y solo una de cada siete recibe tratamiento, de ahí la importancia de abordar en la investigación en estos temas (UNODC, 2019). Las personas privadas de la libertad, grupos minoritarios, migrantes y personas desplazadas también enfrentan obstáculos adicionales para recibir tratamiento debido al estigma y discriminación (UNODC,2020).

El abuso de sustancias se refiere al uso nocivo (harmful) y peligroso (hazardous) de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol y drogas ilegales (WHO, 2020). El impacto que tiene el abuso de sustancias en el ámbito de la salud puede conducir al síndrome de dependencia (dependence síndrome)¹ así como en la alta incidencia en los costos de la atención a la salud debido a la comorbilidad de los problemas de abuso de sustancias con padecimientos físicos como enfermedades infecciosas como VIH y hepatitis c, enfermedades crónico degenerativas, cardiovasculares, respiratorias, cáncer y padecimientos mentales (NIDA,2017)

A nivel social, las implicaciones del uso de sustancias se observan, como señala (Medina-Mora et al., 2013), en distintas “formas de violencia que se pueden asociar con el crimen organizado, vinculándose en actividades de compra y venta de drogas en el mercado ilegal o inducidas por la intoxicación con sustancias psicoactivas” (p.67). De ahí que, las estrategias que los países han adoptado para

¹ En el capítulo primero se describe con mayor detalle los criterios de clasificación diagnóstica, así como patrones de consumo de sustancias.

hacer frente a esta problemática, se han caracterizado por basarse principalmente en el castigo y la criminalización de las personas (Volkow et al.,2017).

El interés de esta investigación se orienta en indagar acerca de las experiencias de los usuarios de drogas que acuden a tratamiento especializado para dejar de consumir y en particular de las actitudes estigmatizantes y prácticas discriminatorias que han experimentado durante sus trayectorias de búsqueda de atención.

Esta propuesta se basó en un estudio cualitativo, mediante el uso de entrevistas semiestructuradas, para profundizar en los caminos de atención que siguen los usuarios de drogas, aspecto que, si bien ha sido abordado en el consumo de alcohol, ha sido menos explorado en México en el ámbito de investigación en adicciones. El ampliar la investigación en estos temas recuperando las experiencias de los propios usuarios, no solo es de gran utilidad para identificar las razones por las cuales los usuarios no acuden a los servicios de atención, sino también este conocimiento podría contribuir a implementar algunas medidas para lograr mejoras en los servicios de atención.

El estudio se compone de seis capítulos, en el primero de ellos, se ofrecen algunas cifras de las prevalencias a nivel internacional y nacional del consumo de sustancias y sus consecuencias, así como una revisión general de los modelos de prevención y tratamiento disponibles en salud pública. Se presta especial atención al modelo de atención desarrollado de los Países Bajos, ya que vincula estos temas con los derechos humanos, y ha mostrado ser efectivo en la región europea. Al final del capítulo se describen las principales barreras de atención en la salud mental y las adicciones.

El estigma y la discriminación como las principales barreras para la atención se desarrolla en el capítulo dos, el cual inicia con la definición clásica de *estigma* propuesta por Erving Goffman (1963), en términos de “un atributo profundamente desacreditador que hace a una persona distinta a otra” (Goffman,1963, p.14) y posteriormente se retoman las contribuciones teóricas planteadas por otros autores. Por ejemplo, la teoría de etiquetamiento modificado, propuesta por Link & Phelan (2001), según la cual el estigma forma parte de un proceso social dinámico,

que surge a partir de la construcción de las diferencias físicas produciendo una etiqueta, vinculado a ideas previas o estereotipos definidos, mediados por relaciones sociales asimétricas. Dicha teoría, considera que una etiqueta psiquiátrica pone en marcha una serie de estereotipos culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental (Link, 1987).

Asimismo, se describen los diferentes tipos de estigma, desde el estigma estructural, hasta la interiorización del mismo. En el caso específico de las adicciones, Link et al.(2004) plantean que las personas que usan drogas, son objeto múltiples formas de discriminación y que éstas provienen incluso de los mismos usuarios de drogas como se ha referido ampliamente en otros estudios (Ahern et al., 2007; Burke et al., 2015; Lee & Boeri, 2017), debido entre otras razones a que: “el uso de sustancias es un comportamiento enjuiciado en muchas sociedades” (Adlaf et al.,2009, p.361).

En el capítulo tres se expone el uso de la narrativa como herramienta metodológica para acceder a la subjetividad, a las atribuciones que los participantes les otorgan a las experiencias suscitadas durante el proceso de búsqueda de atención al consumo de alcohol y drogas. La perspectiva antropológica basada en la antropología médica crítica (Bourgois, 2003; Singer, 2008) y el modelo explicativo de la experiencia (Singer, 2012) fueron los marcos de referencia elegidos para el abordaje de los temas de estudio. Aunado a ello, las aproximaciones basadas en la narrativas del padecer y la enfermedad (Good, 2003, Hamui,2011), la experiencia analizada desde el *padecer* -illness-, la *enfermedad* -disease- y el *malestar* –sickness - (Kleinman, 1988) así como el análisis de los *sistemas de salud* (Kleinman, 1980) para la construcción y desarrollo de las *trayectorias de atención* (Rogler & Cortes, 1993), los cuales fueron de gran utilidad para lograr una mejor comprensión de los temas de estudio.

Para dar cuenta sobre el procedimiento que se llevó a cabo para realización de la presente investigación, en el capítulo cuarto se describe el diseño y el método de investigación, así como el proceso y el procedimiento que siguió el autor para acceder a la población de estudio. Los principales hallazgos de la investigación, se exponen en el capítulo quinto. Para facilitar al lector la exposición de estos temas,

al inicio se describe brevemente a los participantes en términos sociodemográficos, sus historias personales en relación con el uso de drogas, atribuciones, patrones de consumo y consecuencias a nivel individual, familiar y social del consumo. Para ilustrar las trayectorias o caminos de atención que han seguido los participantes para reducir su consumo, se muestran distintas líneas de tiempo que dan cuenta del periodo inicial en que los informantes realizan algún tipo de estrategia de atención, así como la estimación del tiempo que transcurrió entre uno y otro servicio. Del mismo modo, se identifican la presencia de actitudes estigmatizantes y prácticas discriminatorias hacía los participantes entrevistados durante el camino de atención al abuso de drogas. Al final se incluyen una serie de recomendaciones de los entrevistados para hacer frente a estos problemas y lograr con ello una atención más incluyente.

Entre los principales hallazgos del estudio destaca que la auto atención sigue siendo el principal recurso para afrontar los problemas de abuso de sustancias en los participantes entrevistados, siendo diversas las estrategias a las que recurren para disminuir su consumo, que van desde los juramentos hasta acudir a centros no regulados de atención en los cuales hubo múltiples referencias relacionadas con abusos físicos y verbales. Los grupos más vulnerados son las mujeres y los jóvenes, quienes debieran ser tomados en cuenta el desarrollo de políticas públicas en materia de adicciones por parte del Estado. Finalmente, en la discusión se debaten estos hallazgos además de proponer algunas recomendaciones para disminuir el estigma y erradicar la discriminación en este sector de la población.

Capítulo 1. El abuso de sustancias como problema de salud pública

La Organización de las Naciones Unidas a través de la Oficina de Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (UNODC) muestra en el Reporte Mundial de Drogas 2020, que 269 millones de personas alrededor del mundo han consumido algún tipo de droga ilegal, adolescentes y adultos jóvenes representan la mayor parte de quienes consumen droga, se estima que 35.6 millones de personas padecen trastornos por uso de sustancias (UNODC,2020). La mayoría de personas que consumen drogas son hombres y solamente una de cada ocho personas que necesita tratamiento, lo recibe, una de cada tres personas que consume drogas es mujer, pero las mujeres representan solamente una de cada cinco personas en tratamiento (UNODC,2020). La prevalencia del uso no médico de opioides y tranquilizantes en mujeres se mantiene a un nivel comparable con el de los hombres. “Si bien las mujeres pueden comenzar a consumir sustancias más tarde que los hombres, una vez iniciado, tienden a aumentar el consumo de alcohol, marihuana, cocaína y opioides más rápidamente que los hombres, desarrollando trastornos” (UNODC, 2018, ES,p.3). Entre las sustancias de mayor consumo alrededor del mundo se encuentran el cannabis, la cocaína, las drogas sintéticas tipo anfetaminas, opioides, los opiáceos, así como las *nuevas sustancias psicoactivas (NPS)*. En la Tabla 1, se reporta la cantidad total de personas y el tipo de drogas que se consumen en cada región del mundo.

Tabla 1. Usuarios de drogas por región y por tipo de sustancia.

Consumo de drogas en el mundo						* UNODC,WDR2017
Región	Opiáceos (Heroína, morfina y goma de opio)	Opioides (medicamentos)	Cocaína	Cannabis	Estimulantes tipo anfetaminas	Éxtasis
Asia	10.78	12.95	1.4	53.6	20.69	12.49
África	2.01	2.1	2.6	49.1	5.9	1.4
Europa	3.1	4.5	4.2	28.4	2.4	3.75
Oceanía	.30	.750	0.4	2.62	.48	.61
América	1.76	14,71	9.8	49.22	7.5	3.3
Total	17.6 millones	35.05 millones	18.3 millones	183 millones	37.3 millones	21.3 millones

De manera reciente se ha registrado la existencia en el mercado de drogas, alrededor de 469 *NSP*, dichas sustancias a menudo tienen propiedades químicas y/o farmacológicas similares a aquellas que son controladas internacionalmente, éstas han sido agrupadas en cannabinoides sintéticos, fenilaminas, anfetaminas, catinonas sintéticas, pentedrona, cocaína, 5-Meo- DMT, piperazinas, lidocaína, Alpha PVP y cafeína de manera sintética (UNODC,2017). De acuerdo con su principal efecto farmacológico, la mayor parte de las NPS reportadas por UNODC, muestra a los estimulantes como el principal tipo de droga seguida de cannabinoides sintéticos y alucinógenos clásicos, así como drogas tipo opioide, disociativos, sedativos e hipnóticos (UNODC,2019). Actualmente se está desarrollando un monitoreo de las NSP, sin embargo, aún no se tiene un registro específico de la cantidad y tipo de sustancias que son consumidas en cada uno de los continentes.

1.1 El consumo de drogas en México.

La Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco² 2016-2017 (ENCODAT), a partir de 56,877 personas encuestadas, mostró en sus principales datos que el 10.3% de la población reporta haber consumido cualquier droga alguna vez en la vida y que la prevalencia tuvo un incremento de 7.8% de 2011 a 10.3% en 2016.

Se muestra que el promedio de la edad de inicio en el consumo en población de 12 a 65 años de edad es de 17.8 años. Son los hombres quienes empiezan a consumir a una edad promedio de 17.7 años frente a los 18.2 años de las mujeres, teniendo los hombres una prevalencia de consumo de cualquier droga de 1.2% en comparación con el 0.2% de las mujeres (SSA, INPRFM, INSP, CONADIC, 2017).

En cuanto a las regiones³ con mayor prevalencia en el consumo de drogas ilegales⁴ se encuentra la Región Noroccidental 3.5%, Región Norcentral 3.3% y la Ciudad de México con 2.7%. En contraste la región con una menor prevalencia en

² Actualmente la ENCODAT es la adaptación de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA)

³ La región **Noroccidental** comprende los Estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa asimismo la región **Norcentral** ubica a Coahuila, Chihuahua, Durango.

⁴ La ENCODAT 2016-2017 refiere que dentro de las drogas ilegales se encuentran la marihuana, cocaína, alucinógenos, inhalables, cualquier droga ilegal y cualquier droga

el consumo de sustancias es la Región Sur que comprende los estados de Campeche, Quintana Roo, Chiapas, Tabasco y Yucatán con una prevalencia de 2.0% (SSA, INPRFM, INSP, CONADIC, 2017).

La ENCODAT, menciona que “la sustancia ilegal más consumida en el país en el último año es el cannabis, con una prevalencia de 2.1 %, seguida por la cocaína con 0.8 %, asimismo las drogas sintéticas tipo anfetamina, las nuevas sustancias psicoactivas, los alucinógenos y los inhalables tienen una prevalencia de 0.2 % respectivamente” (SSA, INPRFM, INSP, CONADIC, 2017, p.53). Es importante indicar que en la encuesta no se hace mención al consumo de opiáceos y sus derivados, sino que se propone el concepto de “cualquier droga ilegal”.

También, se estima que el 0.6% de la población mexicana, presenta posible dependencia al consumo de drogas en el último año (546 mil personas), en datos de la ENCODAT, “alrededor del 8% de las personas que han consumido en el último año, ha tenido algún tipo de tratamiento, 9.3% hombres y 3.6% mujeres y para quienes tienen dependencia el 20.4% ha tenido un tratamiento: 22.1% en hombres y 12.8% en mujeres de un total de 111,002 usuarios de drogas” (SSA, INPRFM, INSP, CONADIC, 2017, p.75), lo anterior se traduce en que solo un pequeño porcentaje de la población tiene acceso a los tratamientos para disminuir el consumo de sustancias.

Los datos epidemiológicos nacionales del consumo de sustancias, nos dan un panorama de que existe una tendencia al aumento y que la edad promedio en el inicio del consumo es de 18.8 años, siendo los hombres la población más propensa, además los estados del norte del país son los más expuestos al consumo. Conocer la prevalencia del consumo, así como las sustancias más utilizadas en el territorio nacional, nos permite conocer la magnitud del problema, proporcionándonos datos estimados sobre la cantidad de personas que necesitan tratamiento para el abuso de drogas, así como los alcances de los mismos.

1.1.2 Consecuencias a la salud por el consumo de drogas

Aunque una gran parte de la población mundial no usa drogas, se estima que una de cada nueve personas que sí las utiliza (31 millones) continuará consumiendo de manera regular y desarrollará patrones de uso problemático y dependencia (UNODC, 2018, B1).

Los trastornos causados por el uso de drogas se relacionan con daños sociales y para la salud. La Organización Panamericana de la Salud expone que, las personas comúnmente utilizan sustancias psicoactivas porque quieren obtener un beneficio, para evitar el dolor o experimentar placer (OPS,2009). Las consecuencias para la salud varían según la droga y también dependen de que sea consumida en forma esporádica, con un efecto intoxicante que puede causar una sobredosis, o durante un período prolongado, el cual a menudo conduce a la dependencia (OPS, 2010).

De acuerdo con el informe realizado por el Institute for Health Metrics and Evaluation (2017), acerca de la carga global de la enfermedad⁵, se expone que los problemas causados por el abuso de sustancias, incluyen daños relacionados con el sistema inmunológico y enfermedades transmisibles (VIH, Hepatitis C). En complemento el National Institute on Drug Abuse⁶ (NIDA) menciona que existen problemas de salud relacionados al abuso de sustancias que involucran efectos directos en el sistema cardiovascular (hipertensión, infartos), sistema respiratorio (bronquitis, enfisema, EPOC) y sistema gastrointestinal (cirrosis, pancreatitis), lo que puede provocar daños en órganos específicos tales como el corazón, pulmones, riñones e hígado, así como algunos tipos de cáncer (NIDA,2017).

Se estima que el daño causado por el consumo de drogas asciende a 28 millones de Años de Vida Ajustados en función de la Discapacidad (AVAD⁷) como resultado de muertes prematuras y la discapacidad originadas por el uso de drogas, 17 millones fueron atribuibles de manera exclusiva a los trastornos relacionados con el uso de todo tipo de drogas, los AVAD atribuibles a morbilidad y mortalidad dan cuenta que las consecuencias del consumo de drogas han aumentado en los últimos diez años (UNODC, 2017, B1).

En el año 2018 alrededor de 450,000 personas tuvieron una muerte relacionada con el consumo de drogas, y aproximadamente 167,500 tuvieron un trastorno directo por el mismo (sobredosis), el resto de las muertes se pueden atribuir

⁵ Global Burden of Disease

⁶ El instituto Nacional de Abuso de Drogas, forma parte de los 27 institutos que conforman los Institutos Nacionales de Salud (NIH) en Estados Unidos.

⁷ DALYS significa Disability Adjusted Life Years

indirectamente al consumo de drogas, y entre ellas aparecen las relacionadas con los virus del VIH y la hepatitis C contraídos como resultado de prácticas de inyección no seguras (UNODC, 2018, B1).

Las personas que usan drogas inyectadas (PQUDI) son las que afrontan mayores riesgos para la salud, se estima que de 10.6 millones de personas en todo el mundo, al menos la mitad de ellos viven con hepatitis C, y una de cada ocho vive con VIH (UNODC,2018). Asimismo son la población más marginada y estigmatizada entre las personas que usan drogas, ya que están expuestas a comportamientos y entornos de riesgo específicos, como las relaciones sexuales no protegidas, el intercambio de jeringas contaminadas y la participación en el trabajo sexual, esto indica que las personas experimentan un amplio espectro de consecuencias sociales y de salud (UNODC,2018,B2).

De acuerdo con la evaluación global de servicios destinados a reducir las consecuencias adversas para la salud que sufren las personas que se inyectan drogas de UNODC, “solo 79 países han puesto en funcionamiento programas de distribución de agujas y jeringuillas y servicios de tratamiento de sustitución con opioides, el nivel de cobertura de ambos tipos de intervenciones se clasificó como alto en tan solo cuatro de esos países” (UNODC,2018, ES, p.10)

Por otra parte, el uso no médico de medicamentos recetados ha llegado a proporciones epidémicas en algunas partes del mundo. En América del Norte, por ejemplo, la *crisis de opioides* ha alcanzado niveles preocupantes y la comunidad internacional ha tomado acciones para controlarlo. Los opioides son las drogas que más daños causaron y fueron responsables del 76% de las muertes en que intervinieron los trastornos por consumo de drogas (UNODC,2018). Se asocia el uso de estas sustancias como factor de riesgo en el desarrollo de otros problemas de salud, por ejemplo, el consumo de opioides y drogas sintéticas tipo anfetaminas se relaciona con el aumento en la incidencia de trastornos mentales, y patología cardiovascular (Degenhardt et al.,2013).

Asimismo, el consumo de sustancias psicoactivas además conlleva un potencial de daños, no solamente es el daño causado por el efecto tóxico de la

droga sino también el daño resultante del uso prolongado y el daño asociado con riesgo de sufrir consecuencias sociales negativas, como las probabilidades de ser encarcelado por posesión de sustancias (OPS, 2009). Para conocer más a detalle cómo es que el uso de drogas puede desencadenar un trastorno por uso de sustancias, en el siguiente apartado, se describen los criterios de clasificación diagnóstica, las características que conforman los patrones de consumo en las personas, así como los servicios de prevención y tratamiento que existen a nivel internacional.

1.1.3 Criterios de clasificación diagnóstica del trastorno por el consumo de drogas

En el mundo, existen dos principales sistemas para diagnosticar los trastornos relacionados con el consumo de drogas: La Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, décima edición (CIE10) de la Organización Mundial de la Salud, así como el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales quinta edición (DSM-5), desarrollado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.

La CIE10, aborda el abuso en el consumo de drogas como un trastorno mental y del comportamiento. Plantea que el abuso de sustancias tiene que ver con el uso nocivo de sustancias psicoactivas, incluido el alcohol y las drogas ilícitas. De acuerdo a la clasificación internacional, la intoxicación aguda (acute intoxication) refiere al estado posterior a la ingesta de una sustancia psicoactiva, que da lugar a cambios en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, la percepción, afectividad, comportamiento o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. “Las alteraciones están directamente relacionadas con los efectos farmacológicos agudos de la sustancia y se resuelven con el tiempo, con una recuperación completa, excepto cuando han surgido daños tisulares u otras complicaciones. Las complicaciones pueden incluir trauma, inhalación de vómito, delirio, coma, convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende de la clase farmacológica de la sustancia y del modo de administración” (WHO,2019)

En cuanto al uso nocivo de sustancias (Harmful use), este se define como un patrón de uso de sustancias psicoactivas que está causando daños a la salud. El daño puede ser físico (por ejemplo, hepatitis después de la inyección de drogas) o mental (por ejemplo, episodios depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol). El uso nocivo comúnmente, pero no siempre, tiene consecuencias sociales adversas; Sin embargo, las consecuencias sociales en sí mismas no son suficientes para justificar un diagnóstico de uso nocivo (WHO,2019)

Asimismo, la CIE10 explica que existen diferencias entre síndrome de dependencia (dependence síndrome) y el estado de abstinencia (withdrawal state), el primero tiene que ver con “un conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan después del consumo repetido de la sustancia como puede ser tener un fuerte deseo de tomar la droga o no tener la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, priorizar el consumo frente a otras actividades y desarrollar tolerancia a la droga. El estado de abstinencia tiene un conjunto de síntomas de agrupación variable y grado de severidad que ocurren al dejar o reducir el uso de una sustancia psicoactiva que se ha tomado repetidamente, durante un período prolongado y / o en dosis altas. El síndrome puede estar acompañado de signos de alteración fisiológica. Un estado de abstinencia es uno de los indicadores de un síndrome de dependencia. También es la característica definitoria del significado psico-farmacológico más estrecho de la dependencia” (WHO,2019)

Por otro lado se tiene registro que algunas personas, pueden experimentar trastornos psicóticos durante o después del consumo de alguna sustancia psicoactiva, este fenómeno, no se explica en función de una intoxicación aguda pura, o que formen parte de un estado de abstinencia, sino que se caracteriza por alucinaciones (auditivas y sensoriales), distorsiones perceptivas, delirios, perturbaciones psicomotrices además de una afectividad que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis (WHO,2019)

El término trastornos por consumo de sustancias psicoactivas (psychoactive substance use disorders) engloba la intoxicación aguda, uso nocivo, síndrome de dependencia, estado de abstinencia, estado de abstinencia con delirio, trastorno

psicótico y síndrome amnésico hacia una sustancia específica, estas condiciones pueden agruparse como trastornos por consumo de cannabis, trastornos por uso de estimulantes, trastornos por alcoholismo (WHO,2020)

El DSM-5, aborda el abuso de sustancias como trastornos por uso de sustancias (substance use disorder), dividiéndolo en dos grupos: a) trastornos por consumo de sustancias y b) trastornos inducidos por sustancias. “La característica esencial del trastorno por consumo de sustancias es la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia” (APA,2014,p.483).

Se consideran dentro del grupo de trastornos inducidos por sustancias los siguientes cuadros clínicos: intoxicación, abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos: los trastornos psicóticos, los trastornos bipolares, los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad, los trastornos obsesivo-compulsivos, los trastornos del sueño, las disfunciones sexuales, el delirium y los trastornos neurocognitivos (APA,2014,p.81)

Los criterios asociados con un trastorno por uso de sustancias se dividen en cuatro grupos: control deficiente, deterioro social, uso riesgoso y criterios farmacológicos (es decir, tolerancia y abstinencia) con tres subclasificaciones: leve, moderada y grave⁸ (APA, 2014). Se asocian con este trastorno a diez tipos diferentes de drogas: alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, los sedantes, hipnóticos, ansiolíticos y los estimulantes tipo anfetamina,

⁸ 1) La sustancia a menudo se toma en grandes cantidades o durante un período más largo de lo previsto; 2) Existe un deseo persistente o un esfuerzo fallido para reducir o controlar el uso de la sustancia; 3) Se dedica una gran cantidad de tiempo a las actividades necesarias para obtener la sustancia, usarla o recuperarse de sus efectos; 4) Antojos, o un fuerte deseo o deseo de usar la sustancia, se produce; 5) El uso recurrente de la sustancia da como resultado el incumplimiento de las principales obligaciones de roles en el trabajo, la escuela o el hogar; 6) El uso de la sustancia continúa a pesar de tener problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes causados o exacerbados por los efectos de su uso; 7) Las actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes se abandonan o reducen debido al uso de la sustancia; 8) El uso de la sustancia es recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso; 9) El uso de la sustancia continúa a pesar del conocimiento de tener un problema físico o psicológico persistente o recurrente que probablemente haya sido causado o exacerbado por la sustancia; 10) Tolerancia, definida como una necesidad de cantidades notablemente aumentadas de la sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado.; 11) Abstinencia, cuando se detiene el uso de una sustancia (o una sustancia estrechamente relacionada) para aliviar o evitar el dolor (NIDA,2018)

cocaína, así como tabaco y otras sustancias (sustancias desconocidas). (APA, 2014, p481)

Algunos criterios que permiten determinar el tipo de consumo que tiene la persona se da mediante el conocimiento de signos y síntomas de tolerancia y abstinencia, periodos largos de consumo, no poder controlar el uso de la sustancia, descuido de actividades, tiempo dedicado a actividades relacionadas con la sustancia, uso continuado de la sustancia a pesar de las problemáticas que genera su consumo, compulsión (deseo intenso) (OPS, 2009).

Tanto el DSM-5 como la CIE-10 requieren que se cumplan cinco o más criterios durante un periodo continuo mayor a 12 meses para hacer un diagnóstico de trastorno por uso de sustancias (SUD's). Si no se cumplen los criterios anteriores, tanto el DSM-5 como la CIE-10 facilitan diagnósticos alternativos de abuso de sustancia (substance abuse), uso nocivo de la sustancia (harmful substance use), uso peligroso (hazardous use) o de riesgo (risky use)-, uso de bajo riesgo (low risk use) y no usuario (non user) (Saunders,2017,p.4).

1.1.4 Espectro de consumo de sustancias psicoactivas

Los patrones de uso de sustancias ocurren a lo largo de un espectro que puede ir desde el uso beneficioso, al uso no problemático, llegar el uso problemático así como trastornos por uso de sustancias (Ministry of Health Service, 2004, p8).

El uso de sustancias puede comenzar en un punto del espectro y permanecer estable, o moverse gradual o rápidamente a otro punto. Para algunas personas, el uso de una sustancia puede no ser problemático o beneficioso, mientras que el uso de otras sustancias puede ser problemático. A continuación, se exponen los diferentes patrones del espectro del consumo de sustancias.

- **Uso beneficioso:** uso que tiene efectos positivos para la salud, sociales o espirituales. Por ejemplo. psicofármacos médicos; café / té para aumentar el estado de alerta; consumo moderado de vino tinto; uso sacramental de ayahuasca⁹ o peyote.

⁹ Ayahuasca, Yagé o Caapi es la planta sagrada más importante de América del sur y dependiendo de la región en que se localice adopta un nombre distinto, se encuentra en las áreas tropicales y subtropicales de la Amazonia – Perú, Ecuador, Bolivia, Brasil, Colombia y Venezuela. Después de mezclar dos lianas ayahuasca y chacruna- se ingiere la bebida en un contexto ceremonial, siempre acompañado de un guía. El uso de la

- Uso no problemático / casual: uso recreativo, casual u otro uso que tiene un impacto social o de salud insignificante.
- Uso problemático: uso que comienza a tener consecuencias negativas para la salud del individuo a nivel familiar y social. Por ejemplo. conducción deteriorada, consumo excesivo, vías de administración que aumentan el daño.
- Dependencia crónica / trastorno por uso de sustancias: Uso que se ha vuelto habitual y compulsivo a pesar de los efectos sociales y de salud negativos. (Health Officers Council of British Columbia, 2005, p5)

De acuerdo a los conceptos definidos, en la presente investigación se entiende como patrón de consumo a la forma y cantidad de alcohol o drogas que una persona administra para su consumo, así como el comportamiento que individual que desarrolla durante ese lapso de tiempo. Conocer cuáles son las variaciones en los patrones de consumo, permite dar cuenta de las necesidades específicas de intervención hacia la población. Por ejemplo, una persona que aún no ha consumido alguna droga, requiere de estrategias protectoras como la prevención universal para que tome una decisión consensuada en el consumo. Asimismo, quienes están expuestos a la oportunidad de consumir y son experimentadores, requerían de una estrategia de prevención selectiva y/o indicada si ya han tenido contacto con drogas específicas. Para las personas que ya tienen un uso regular se recomienda una intervención breve y si la persona presenta abuso o dependencia, tiene que adherirse a un tratamiento de largo plazo en el que pueda rehabilitarse a través de abstenerse de consumir mediante estrategias de

Ayahuasca para los grupos indígenas de la amazonia, es visto como “un medio para liberar el alma de su confinamiento corporal, para que viaje libremente fuera del cuerpo y regresé a él a voluntad [...] el alma liberada, transita de la realidad cotidiana a un mundo maravilloso, que al momento se considera real, en el que puede comunicarse con sus antepasados” (Schultes & Hofmman,1983)

acompañamiento psicosocial o bien reducir su consumo desarrollando prácticas seguras.

1.1.5. Consideraciones en el abuso de sustancias

El Instituto Nacional de Abuso de Drogas (NIDA) expone que el tratamiento hacia el uso problemático de drogas está destinado a ayudar a las personas a interrumpir la búsqueda y el uso compulsivo de sustancias (NIDA,2019). Existe una tendencia a que los tratamientos a nivel mundial, focalizan sus esfuerzos en que las personas dejen de consumir, se ha documentado que no todos los tratamientos o estrategias de atención son eficaces para la población, ya que además de que existe el consumo de una droga de impacto, la forma de experimentar los procesos de consumo y atención son diferentes para cada individuo (OPS,2010).

El tratamiento puede ocurrir en una variedad de entornos, tomar muchas formas diferentes y durar por diferentes períodos de tiempo debido a que la adicción a las drogas es típicamente un trastorno crónico caracterizado por recaídas ocasionales, un tratamiento a corto plazo, de una sola vez, generalmente no es suficiente, para muchas personas, el tratamiento es un proceso a largo plazo que implica múltiples intervenciones y un monitoreo regular (NIDA,NIH, DDH,2018).

1.2 Servicios de atención para el abuso de drogas disponibles en salud pública

En el área de la salud, el abuso de sustancias es considerado como un trastorno mental y su atención se desarrolla a través de servicios promoción a la salud, prevención y tratamientos que involucran procesos de desintoxicación, atención farmacológica y/o acompañamiento psicosocial por profesionales de la salud (NIDA,2019). El tratamiento puede variar de acuerdo al patrón de consumo y las características del individuo. A continuación, se describen los servicios de atención disponibles en salud pública.

1.2.1 Promoción a la salud

Para evitar que una persona padezca trastornos por uso de sustancias, es importante conocer cuáles son las estrategias que se orientan a promover hábitos saludables. De acuerdo al Ministry of Health Service (2004), “un enfoque de salud

pública para abordar el uso problemático de sustancias comienza con la promoción de la salud. El papel del sistema de salud es abogar por el desarrollo de políticas públicas saludables y entornos físicos y sociales de apoyo que permitan a las personas tomar decisiones más saludables, evitando o reduciendo el uso problemático de sustancias. Esto implica trabajar con personas de diferentes sectores a nivel local, provincial y nacional para evitar el uso problemático de sustancias” (Ministry of Health Services, 2004, p29)

1.2.2 Prevención en el consumo de drogas

La prevención primaria es la prevención para evitar el inicio del uso problemático de sustancias, incluye prevención universal y selectiva.

- La prevención universal: se dirige a poblaciones enteras no identificadas en función del riesgo individual. Su objetivo es fortalecer los factores de protección y minimizar los factores de riesgo dentro de los individuos, las familias y las comunidades.
- La prevención selectiva: se dirige a personas con factores de riesgo identificables que predisponen al uso problemático de sustancias y tiene como objetivo alterar la susceptibilidad potencial o reducir la exposición. (Ministry of Health Services, 2004)

En complemento se desarrolla la prevención secundaria, esta incluye la prevención indicada, dirigida a individuos cuyos marcadores biológicos o sociales indican una predisposición al uso problemático de sustancias, pero que muestran signos mínimos de problemas de uso de sustancias.

Otras intervenciones pueden orientarse a corregir los desequilibrios asociados con el consumo, como la desintoxicación y el manejo de los síntomas de abstinencia, el tratamiento para la dependencia, la prevención de recaídas en el proceso de recuperación y la reintegración social.

1.2.3 Tratamientos e intervenciones a nivel internacional

Los trastornos por consumo de drogas pueden tratarse eficazmente si las personas tienen acceso a una amplia gama de servicios que cubren el espectro de problemas

que los pacientes individuales pueden enfrentar mediante intervenciones farmacológicas y psicosociales (WHO, UNODC,2020)

De acuerdo con el Manual sobre Abuso de Drogas: Tratamiento y rehabilitación (UNODC,2003), la Guía Informativa sobre la Adicción: una guía para las personas con adicción y sus familiares (CAMH, 2010) y la Guía Basada en Investigación: Principios del tratamiento de la drogadicción (NIDA,NIH, DDH, 2018).

Existen diversos términos que dan cuenta de los elementos de un sistema de tratamiento integral para el abuso de sustancias, los servicios de tratamiento de adicciones varían de corto a largo plazo y de baja a alta intensidad, pueden ser comunitarios o residenciales (CAMH, 2010). Si bien todos los tipos de servicios de tratamiento pueden ser efectivos, estos se agrupan por lo menos en dos modalidades: *a) Servicios de acceso directo* y *b) tratamientos estructurados*.

Los servicios deben ser asequibles, atractivos, disponibles tanto en entornos urbanos como rurales y accesibles, con un amplio rango de horario de apertura y tiempo de espera mínimo. Los servicios no solo deben ofrecer tratamiento para los trastornos por uso de sustancias, sino también brindar apoyo social y protección, así como atención médica general. Es necesario asegurarse que el entorno de tratamiento sea amigable, culturalmente sensible y centrado en las necesidades clínicas específicas y nivel de preparación de cada paciente, lo que fomenta disuadir a las personas de asistir (WHO, UNODC, 2020)

A. Servicios de acceso directo

Estos servicios no ofrecen un tratamiento formal, sino que actúan como primer contacto entre las personas que tienen el problema con su consumo de drogas y las personas que están alrededor. Regularmente estos servicios son administrados por organizaciones de la sociedad civil con la intervención de pares. Dentro de las actividades que prestan los servicios de acceso directo, se encuentra el apoyo inmediato, actividades de acercamiento y orientación en la comunidad, educación en prevención de sobredosis, servicios de asesoramiento general, líneas telefónicas de ayuda, grupos de ayuda mutua así como grupos de apoyo familiar (UNODC,2003).

A.1 Grupos de ayuda mutua

Son espacios donde los participantes se prestan mutuo apoyo para recuperarse de problemas personales o mantener la recuperación que han logrado. Existen grupos que suelen abordar problemas de dependencia del alcohol y de otras sustancias, aunque también se ocupan de otras problemáticas como la depresión y diversas conductas compulsivas, la participación en los grupos es voluntaria y anónima (UNODC, 2003).

“Participar en un grupo de ayuda mutua busca el apoyo continuo, esto es importante porque, abandonar el uso de sustancias es trabajo a largo plazo. Muchas personas participan en un grupo de autoayuda en el mismo tiempo que en un tratamiento formal” (CAMH, 2010, p20).

A.2 Terapia de facilitación de doce pasos

La organización de ayuda mutua más consolidada en el mundo, que utiliza la terapia de doce pasos, es Alcohólicos Anónimos -AA- (CAMH, 2010). Este tipo de terapia, es una estrategia activa diseñada para aumentar la probabilidad de que una persona con abuso de sustancias, pueda afiliarse e involucrarse activamente en un grupo de ayuda mutua, promoviendo su abstinencia en el consumo. Predominan tres ideas clave:

- Aceptación, consiste en la comprensión de que la adicción a las drogas es crónica, enfermedad progresiva sobre la cual uno no tiene el control, que la vida se ha vuelto ingobernable, debido a las drogas, que la fuerza de voluntad por sí sola es insuficiente para superar el problema y que la abstinencia es la única alternativa;
- Rendición consiste en entregarse a un poder superior, aceptar a la confraternidad y la estructura de apoyo de otras personas que se encuentran en recuperación.
- Desarrollar una activa participación en reuniones de doce pasos y actividades relacionadas. (NIDA, NIH, DDH, 2018, p58).

Si bien se ha establecido la eficacia de los programas de doce pasos en el tratamiento de la dependencia del alcohol, la investigación sobre su utilidad para otras formas de abuso de sustancias son más preliminares, sin embargo, el

tratamiento parece ayudar a mantener la recuperación de los personas que usan drogas (NIDA,NIH, DDH,2018)

B Tratamientos estructurados

En cuanto a los *tratamientos estructurados*, estos se basan en una determinación formal de las necesidades de la persona en la elaboración, supervisión y evaluación de planes de atención individual y en un programa de tratamiento médico con o sin servicios de asesoramiento (UNODC,2003, IV)

Una de las principales características de los tratamientos estructurados, se basa en la ejecución de programas terapéuticos en un entorno residencial, donde se promueven tanto sesiones educativas como sesiones terapéuticas y en grupo que fomentan la rehabilitación del individuo. A continuación, se muestran las principales estrategias de los tratamientos estructurados para el abuso del consumo de drogas.

B.1 Programas de desintoxicación

La *desintoxicación* es un proceso mediante el cual el cuerpo se libera de las drogas, suele estar acompañada de efectos secundarios causados por el síndrome de abstinencia. Se maneja el proceso de desintoxicación con medicamentos administrados por médicos en centros para pacientes internos o de consulta externa; por lo tanto, se le suele denominar “abstinencia bajo cuidados médicos” (NIDA, NIH,DDH,2018). Al proceso de desintoxicación, se le considera como una primera fase del tratamiento, ya que está diseñada para tratar los efectos orgánicos agudos de la interrupción del consumo de drogas de drogas, comúnmente la desintoxicación se desarrolla en contextos hospitalarios y clínicos, aunque también se puede desarrollar en contextos ambulatorios o comunitarios (CAMH, 2010, p22). Cuando las personas con trastornos inducidos por sustancias y vinculados a un síndrome o a síntomas de abstinencia, necesitan de un entorno supervisado y controlado por personal de salud, pueden ingresar en un programa de internación o residencial a corto plazo. (NIDA, NIH, DDH,2018). En la mayoría de esos programas se pasa de una etapa de desintoxicación a una etapa breve de prevención estructurada de recaídas, asesoramiento y educación con la perspectiva de remitir a la persona a otro servicio (UNODC,2003, IV)

En el caso de los servicios de desintoxicación en contextos ambulatorios o comunitarios son indicados cuando se considera que las personas con trastornos inducidos por sustancias pueden abstenerse de consumirlas sin salir de la comunidad. Este tipo de desintoxicación se inicia en el centro que ejecuta el programa o en el domicilio del paciente con un periodo de estabilización en el que se administran sustancias de sustitución (NIDA, NIH, DDH, 2018). Después del periodo de estabilización, se va reduciendo gradualmente la dosis a lo largo de un periodo que fluctúa entre algunas semanas y varios meses. En ese periodo se puede alentar al paciente a recibir asesoramiento, tratamiento médico y otros servicios de apoyo. En muchos aspectos, en líneas generales, algunos de esos programas pueden compararse, con los programas de mantenimiento ambulatorios o en la comunidad (UNODC, 2003).

B.2 Prevención de recaídas

La etapa de rehabilitación al consumo de drogas inicia una vez que la persona ha concluido un programa de desintoxicación y no presenta síntomas de abstinencia, se busca atender sus necesidades biopsicosociales para poder prevenir las recaídas en el consumo de drogas. Uno de los principales objetivos de los programas de prevención de recaídas busca modificar el comportamiento de los pacientes y proporcionarles herramientas para que puedan detener su deseo de consumir sustancias, en esa etapa se aplican tanto intervenciones psicosociales como farmacológicas (CAMH, 2010).

Los pacientes pueden usar medicamentos para ayudar a restablecer la función cerebral y disminuir el deseo de consumir. Existen medicamentos disponibles para el tratamiento de opioides (heroína, analgésicos recetados), tabaco (nicotina). Actualmente se están desarrollando otros medicamentos para tratar la adicción a los estimulantes (cocaína, metanfetamina) y al cannabis (marihuana) ya que las personas que usan más de una sustancia, necesitan tratamiento para todas las sustancias que consumen (NIDA, 2019)

B.3 Intervenciones psicosociales

Las intervenciones psicosociales ofrecen un método de atención psicoterapéutica o de asesoramiento general, se construye de acuerdo con las necesidades de cada uno de los pacientes, focalizando en la particularidad de cada caso. El método está

basado en la determinación inicial y continua, por parte de un clínico o una persona especializada, en recursos personales, apoyos sociales y factores de tensión existentes (UNODC,2003)

B.3.1 Programas en la comunidad o ambulatorios

El tratamiento ambulatorio varía en los tipos e intensidad de los servicios ofrecidos. Dicho tratamiento cuesta menos que el tratamiento residencial o hospitalario y, a menudo, es más adecuado para personas con trabajos o amplios apoyos sociales. Cabe señalar, sin embargo, que los programas de baja intensidad pueden ofrecer poco más que educación sobre drogas. (NIDA, NIH, DDH, 2018, p35)

Una de las principales estrategias de atención, se basa en las terapias conductuales o de la conducta, este tipo de tratamiento puede ayudar a motivar a las personas que usan drogas a participar en el tratamiento, ofrecen estrategias para afrontar el deseo de consumirlas, enseñan maneras de evitar el consumo, además ayudan en el manejo de las recaídas en caso de que éstas ocurran, su duración oscila entre una intervención breve, de una a tres sesiones y un programa estructurado de varios meses de duración (UNODC, 2003, IV, 4)

En los programas más intensivos se espera que los participantes asistan cuatro o cinco días por semana varias horas por día. Se trata de ayudarles a comprender y reconocer mejor su comportamiento en relación con el consumo de drogas con miras a mitigar las consecuencias negativas de este y a evitarlo. Además, las sesiones de asesoramiento y educación individuales y en grupo pueden girar en torno a cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA, las relaciones familiares, la formación profesional, la reinserción laboral, el apoyo en materia de vivienda y asuntos jurídicos (UNODC, 2003).

B.4 Tratamiento conductual ambulatorio

El tratamiento conductual ambulatorio incluye una amplia variedad de programas para pacientes que visitan a un consejero de salud conductual en un horario regular. La mayoría de los programas incluyen asesoramiento individual o grupal sobre drogas, o ambos (NIDA, 2019). A continuación, se describen las principales estrategias:

- Terapia cognitiva conductual suele consistir en una serie de estrategias para mejorar el autocontrol en el consumo. Las técnicas específicas incluyen la exploración de las consecuencias

positivas y negativas del uso continuado, el auto monitoreo para reconocer la compulsión por las drogas en una etapa temprana y para identificar situaciones de alto riesgo para el uso, y la elaboración de estrategias para afrontar y evitar las situaciones de alto riesgo y el deseo de usar drogas (NIDA, NIH, DDH,2018)

- Terapia familiar multidimensional, desarrollada para adolescentes con problemas de abuso de drogas y sus familias, que aborda una variedad de influencias en sus patrones de abuso de drogas y está diseñada para mejorar el funcionamiento general de la familia
- Entrevistas motivacionales, que aprovechan al máximo la disposición de las personas para cambiar su comportamiento y comenzar el tratamiento.
- incentivos de motivación (gestión de contingencias), que utiliza refuerzo positivo para fomentar la abstinencia de drogas (NIDA, 2019, p5)

B.5 Tratamientos residenciales

Son programas que prestan servicios residenciales complementarios en el mismo lugar en que se prestan servicios de tratamiento. Se procura brindar un entorno en el que no se consuman sustancias con la expectativa de que se cumplan actividades de desintoxicación, evaluación, información y educación, asesoramiento y trabajo en grupo y se desarrollen o recuperen aptitudes sociales y para la vida activa (UNODC, 2003, IX, 16).

En el caso de los tratamientos residenciales, existen dos modalidades: tratamiento residencial a largo plazo y tratamiento residencial a corto plazo. El tratamiento a largo plazo puede durar de seis semanas a seis meses (CAMH, 2010,p 23). El modelo de tratamiento residencial mejor conocido es el de la comunidad terapéutica, se basa en estadías planificadas que pueden ir de seis a doce meses, enfatiza en la “resocialización” del paciente y usan como componente activo del tratamiento a la comunidad entera del programa (residentes, personal y contexto social), el tratamiento se concentra en desarrollar la responsabilidad personal y una vida que sea socialmente productiva (NIDA, NIH,DDH,2018, p33). De manera complementaria, “los programas residenciales a corto plazo se enfocan

en la desintoxicación, así como en proporcionar asesoramiento intensivo inicial y preparación para el tratamiento en un entorno comunitario" (NIDA, 2019, p5).

Asimismo ofrecen tratamientos intensivos y relativamente cortos basados en un enfoque modificado de los 12 pasos con un periodo de tratamiento entre 60 a 90 días, seguido por una terapia extensa para pacientes externos y la participación en un grupo de autoayuda, como Alcohólicos Anónimos¹⁰ (NIDA, NIH,DDH,2018,p.34). Después de la estadía en un programa de tratamiento residencial, se recomienda que las personas permanezcan dentro de programas de tratamiento para pacientes externos o programas de cuidados posteriores, estos programas ayudan a reducir el riesgo de una recaída una vez que el paciente sale del centro residencial”

B.6 Intervenciones farmacológicas: programas de mantenimiento.

Si bien el objetivo principal de la mayoría de los programas de rehabilitación es la abstinencia, se pueden prescribir sustancias de sustitución como la metadona y la buprenorfina con fines de mantenimiento a las personas con trastorno por consumo de opioides (heroína, oxicodona, codeína, percocet, entre otros), regularmente se administra este tipo de tratamiento a las personas que no buscan o no pueden abstenerse de consumir (CAMH, 2008)

Como la metadona y la buprenorfina forman parte de la familia de opioides, se podría considerar estos tratamientos como una sustitución de una sustancia por otra, sin embargo, al tomar estos medicamentos, algunos pacientes han podido lograr modificar sus hábitos, pudiendo regresar a sus trabajos. Los pacientes que se encuentran estables por este medicamento, es más probable que participen en servicios de consejería u otras intervenciones conductuales que son esenciales para la recuperación (NIDA,NIH,DDH,2018)

En los programas de mantenimiento se administra una sustancia de sustitución en dosis adecuadas y estable durante varios meses y en ocasiones, durante años. La investigación ha demostrado que “el mantenimiento con metadona es más

¹⁰ El objetivo de los grupos de autoayuda basado en los doce pasos de Alcohólicos Anónimos es mantenerse sin consumir alcohol o drogas. Durante las sesiones se discuten y analizan los problemas comunes, se comparten las experiencias proporcionando apoyo mutuo.

efectivo cuando incluye asesoramiento individual y / o grupal, con resultados aún mejores cuando los pacientes reciben o son referidos a otros servicios médicos, psiquiátricos, psicológicos y sociales” (NIDA, NIH, DDH, 2018, p 40)

B. 7 Farmacoterapia antagonista: Naltrexona

“La naltrexona es un antagonista opiáceo sintético: bloquea los receptores opiáceos en el cerebro y neutraliza los efectos de la heroína o de otro tipo de opiáceo que pudiera consumir la persona y de ese modo previene sus efectos eufóricos. Ha sido utilizado durante muchos años para revertir la sobredosis de opioides y también aprobado para el tratamiento de la adicción a los opioides”. (NIDA, NIH, DDH, 2018, p.42).

La naltrexona como tratamiento para la adicción a los opiáceos es generalmente prescrito en contextos médicos ambulatorios, aunque el tratamiento debe comenzar después de la desintoxicación médica en un sitio residencial para evitar síntomas de abstinencia. (CAMH, 2008). La teoría detrás de este tratamiento es que la ausencia repetida de los efectos deseados y la futilidad percibida de abusar de los opioides, disminuye gradualmente el deseo y la dependencia (NIDA, NIH, DDH, 2018). Se administra diariamente durante tres meses como mínimo, con lo cual se bloquean los efectos de los opiáceos y, por consiguiente, se promueve la recuperación a largo plazo ayudando a la persona a seguir absteniéndose de consumir drogas (UNODC, 2003). “La naltrexona también se usa en el tratamiento de la dependencia del alcohol, está disponible como una píldora que se puede tomar diariamente, no es adictiva y no causará abstinencia cuando se detenga (CAMH, 2008, p21)

B.8 Entorno especial de tratamiento: sistema de justicia penal

Existe la posibilidad que las personas con problemas de abuso de sustancias entren en contacto con el sistema de justicia penal. La remisión de casos por las instituciones de justicia penal, los servicios de tratamiento en la comunidad y los programas de rehabilitación en la cárcel pueden formar parte del sistema general de tratamiento (NIDA, 2014)

La investigación ha demostrado que combinar las sanciones de la justicia penal con el tratamiento de drogas puede ser eficaz para disminuir el abuso de drogas y los delitos relacionados (NIDA, 2018, p 37). Las personas bajo coacción legal

tienden a permanecer en tratamiento por más tiempo y se desempeñan tan bien o mejor que aquellas que no están bajo presión legal. Los estudios muestran que para las personas encarceladas con problemas de drogas, comenzar el tratamiento por abuso de drogas en prisión y continuar el mismo tratamiento después de la liberación, en otras palabras, un uso continuo de servicios, da mejores resultados: menos consumo de drogas y menos conducta criminal (NIDA, 2018,p 38)

“En muchos países la legislación dispone la remisión de las personas que usan drogas por el sistema de justicia penal a programas de tratamiento y rehabilitación. En algunos casos la policía permite al detenido entrevistarse con un asistente social especializado, que puede efectuar una determinación de necesidades y recomendar un programa de tratamiento concreto. El tribunal puede tener en cuenta esa entrevista y sus resultados, ofreciendo a la persona la posibilidad de someterse a tratamiento en la comunidad en lugar de cumplir una condena privativa de la libertad. Ese procedimiento está regulado por estrictos requisitos de asistencia y cumplimiento del régimen terapéutico. En caso de incumplimiento, la persona se expone a que se ponga término al tratamiento y el caso vuelva al fuero de la justicia penal” (UNODC,2003,II.10)

B.9 Programas de reducción de daños

Se tiene registro que desde la década de 1980 la comunidad internacional y una serie de gobiernos empezaron a adoptar enfoques de reducción de daños, para responder a la creciente epidemia del VIH entre los grupos usuarios de drogas inyectadas (UNODC, 2007). En años recientes se han desarrollado intervenciones de minimización de daños enfocadas a reducir los efectos negativos, tanto a las personas que consumen sustancias lícitas o ilícitas, así como a sus comunidades (UNODC, 2007, p2).

De acuerdo con Single (1995), la principal característica de la reducción de daños admite que no se puede esperar que algunos usuarios de drogas dejen de consumirlas, la esencia de la reducción de daños busca mejorar las consecuencias adversas del consumo de sustancias. Se basa en la salud pública y los movimientos de promoción a la salud, como respuesta al enfoque de “abstinencia del consumo”, enfatiza metas prácticas más que idealizadas, se ha ampliado de las drogas ilícitas, así como a las drogas legales.

Dentro de los programas de reducción de daños, se encuentra la difusión de información sobre cómo reducir los riesgos asociados al uso de drogas mediante comunicación entre pares además de proveer servicios que mejoren la seguridad de las personas que consumen drogas como son los programas de intercambio de agujas y jeringas, salas de consumo supervisadas para usuarios de drogas inyectadas o un conjunto de tratamientos, que incluyen procedimientos médicos de sustitución para el trastorno por uso de opioides mediante metadona (Prous & Brugal, 2016; Harm Reduction International, 2010).

Al hacer un recuento de los tratamientos disponibles en salud pública, se puede argumentar que un sistema integral de atención para el consumo de drogas, tendría que incorporar la promoción de hábitos saludables, como intervenciones breves para el caso de prevención selectiva e indicada, tratamiento cognitivo conductual, estrategias focalizadas en el afrontamiento, motivación y prevención de recaídas para quienes tienen un uso problemático, así como adherir programas de desintoxicación, tratamientos residenciales, seguimiento, apoyo familiar, comunitario y reducción de daños para usuarios con trastorno por uso de sustancias que no desean o no pueden dejar de consumir .

1.2.3. Sistemas de atención y tratamiento con mayor efectividad a nivel internacional

Cada vez más se reconoce que el abuso en el consumo de sustancias es un problema de salud pública, de manera reciente, la Junta Ejecutiva de las Naciones Unidas realizó un posicionamiento sobre descriminalizar la posesión y el uso de todas las drogas, con el objetivo de solicitar cambios en las leyes, políticas y prácticas que amenazan la salud y los derechos humanos de las personas (UN,2019). En este contexto, los Países Bajos han aportado evidencia desde hace más de treinta años, que el enfoque internacional represivo y prohibitivo hacia las drogas, ha tenido mayores efectos negativos tanto para los individuos como para la sociedad (Engelsman,1989), motivo por el que es importante describir y dar cuenta en qué consiste la política de drogas de ese país, así como el posicionamiento actual del Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes)

1.2.3.A Del Opium wiet al sistema integral de monitoreo de drogas: La política pragmática de los Países Bajos¹¹

En 1976 los Países Bajos adoptaron una política formal por escrito, de no ejecución por violaciones que impliquen posesión o venta de hasta 30 gramos de cannabis. La “teoría de la puerta de entrada”, es un argumento que menciona que las personas están predispuestas a consumir drogas duras, si previamente consumieron cannabis, debido a que se estuvo en contacto con individuos que usan y venden todo tipo de otras drogas (Kandel & Jessor, 2002). El gobierno de los Países Bajos observó en ese concepto una justificación para permitir que las tiendas minoristas vendan pequeñas cantidades de cannabis, se planteaba que la prohibición creaba una subcultura en la que los usuarios de drogas con características fijas se ubican en el mismo entorno, además, se pensaba que la carga de los jóvenes con antecedentes penales podría empujar hacia el uso de drogas más duras, por lo que se ideó en una opción más realista con un enfoque práctico en vez de una perspectiva cargada de valores (Engelsman,1991).

Borghuis (1990) explica que después del surgimiento de una nueva cultura juvenil que giró en torno al uso de drogas como el cannabis y el LSD, y con el hachís utilizado abiertamente, el gobierno necesitaba un cambio de ley para controlar adecuadamente todas las drogas, pero con una definición clara entre las *drogas duras* las que tienen un grado inaceptable de riesgo o daño físico para las personas y la sociedad así como las *drogas blandas* con un grado aceptable de riesgo o daño físico a nivel individual y social.

MacCoun (2011) refiere que el gobierno de los Países Bajos en lugar de ver un enlace psicofarmacológico fatal entre la marihuana y las drogas duras, hipotetizaron que el mecanismo de la puerta de enlace con las redes sociales y económicas se veían reflejadas, de forma que la separación de los mercados mantendría a los consumidores de cannabis fuera de contacto con usuarios y vendedores de drogas duras. “El objetivo de la política para esos grupos de alto riesgo es prevenir la

¹¹ En el presente apartado se cita de manera reiterada, el documento desarrollado por el Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport . (2018). Drug Policy in the Netherlands. Facilitado en Julio de 2018 por investigadores de Trimbos Instituut durante la presentación de su política nacional de drogas en Den Haag, Países Bajos.

exclusión prematura, a partir de programas asistenciales en las escuelas y centros comunitarios con el objetivo de prevenir la marginación y la estigmatización” (MacCoun,2011,p.1899).

En el año de 1976, estos cambios entraron en vigor oficialmente, y la ley del Opio se editó para incluir las modificaciones en el código de aquel país, en el mismo año, el gobierno tomó la decisión de suspender el procesamiento de los delitos de cannabis y hachís, siempre y cuando la persona no vendiera drogas duras, no hiciera publicidad y llevara menos de una cantidad máxima especificada de cannabis o hachís (Engelsman,1989).

De acuerdo al Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2018) para efectos legales, el Fiscal General tiene el poder discrecional de abstenerse de procesar delitos penales si se considera que es de interés público, la persona no será procesada mientras se cumplan ciertas condiciones, basadas en el principio de conveniencia y de acuerdo a las prioridades establecidas en la Directiva sobre la Ley del Opio del Servicio de la fiscalía:

- a) Alta prioridad: venta y producción a gran escala de drogas duras,
- b) Baja prioridad: posesión de pequeñas cantidades para uso personal (<0,5 g de drogas duras; <5g de cannabis),
- c) Sin prioridad: venta de productos de cannabis en Coffeeshops

En general, la posesión y el comercio de drogas es ilegal, siendo más severas las sanciones para las drogas duras. Por la posesión de grandes cantidades de drogas blandas, las personas que incurren por primera vez, son acreedoras a una multa, quienes han sido capturadas dos veces incurrirán en una multa o en un servicio comunitario; y para quienes hayan cometido múltiples delitos tendrán que pagar una multa, hacer un servicio comunitario o cumplir una pena mayor (Staatscourant , 2016).

En cuanto a la política de cafeterías (Coffeshops), existe el criterio nacional AHOJ-GI, el que se rige bajo la siguiente normativa:

A no publicidad (No Advertising)

H no venta de drogas duras (Hard Drugs)

O Sin alterar el orden público (Overlast) dentro y alrededor de la cafetería

J sin entrada o venta a personas jóvenes (Jong) (<18 años)

G no se venden cantidades grandes (Groot) por transacción (máximo 5 gramos); el stock máximo para vender es de 500 gramos

I Admisión y venta solo a residentes (Ingezetenen) de los Países Bajos (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018)

Asimismo, las autoridades municipales tienen derecho a decidir sobre el permiso y el número de cafeterías así como definir una distancia mínima entre cafeterías y escuelas secundarias (250 a 350 metros), prohibir el consumo de cannabis en espacios públicos (para reducir molestias públicas), cerrar una cafetería cuando no cumple con los criterios del municipio, endurecimiento de las reglas para las tiendas de café (solo residentes) así como cerrar grandes cafeterías y cafeterías en las ciudades fronterizas para reducir la molestia pública. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

De acuerdo a los datos aportados por Bieleman et al (2017), para marzo de 2017 se registraron alrededor de 567 Coffeeshops en comparación con las 591 en 2014 y 719 en 2006, el 44% de las Coffeeshops están ubicadas las principales ciudades de los Países Bajos: Amsterdam, Rotterdam, Den Haag y Utrecht. Alrededor del 69.7% de todas las municipalidades han implementado una política de tolerancia cero a los Coffeeshops

Por otro lado, el modelo de atención de los Países Bajos, busca reducir la demanda de drogas mediante un enfoque integral, proponiendo una estrategia de espectro completo mediante la promoción a la salud, la prevención y el tratamiento a través de acciones de manera escalonada (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

Por ejemplo:

- Prevenir el uso de drogas,
- Prevención de incidentes de salud,
- Detección temprana e intervenciones breves para prevenir la adicción
- Tratamiento de la adicción y el uso problemático
- Reducción de daños
- Reinserción social y reintegración

La estrategia de prevención, tiene como población objetivo a personas jóvenes de 10 a 25 años de edad, así como maestros, familiares, personal de clubes o staff del bar. Con el objetivo de conocer las actitudes, normas sociales y desarrollar las habilidades de vida de las personas, su esfuerzo se focaliza en abordar las áreas de vida de los jóvenes: escuela, casa y tiempo de ocio. Lo anterior se integra en un marco amplio en promoción a la salud, estilo de vida y cultura juvenil. En este contexto existen programas nacionales con directrices específicas, tal como lo es el programa *“La escuela saludable y las drogas”* en él se busca administrar y retrasar la edad de inicio en el consumo de drogas. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

En las escuelas primarias se busca evitar que los alumnos comiencen a consumir tabaco y alcohol. Así en las escuelas secundarias, se pretende animar a los estudiantes a resistir el consumo de alcohol hasta los 18 años por lo menos y desalentar el uso de tabaco o drogas. En el caso de escuelas vocacionales secundarias, la estrategia inicial para prevenir, limitar y reducir el tabaquismo, el consumo excesivo de alcohol y drogas entre los estudiantes. Para aumentar la eficacia, se recomienda cambiar el enfoque de la información sobre drogas, establecer normas, proporcionar habilidades genéricas y/o de entrenamiento en habilidades para la vida, resiliencia y control de los impulsos. Lo anterior bajo una política de “escuela libre de drogas” enfocándose en una detección temprana, orientación y en aquellos casos que se detecte consumo, implementar intervenciones de prevención selectiva e indicada. (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

Por otro lado, existe el programa de vida nocturna y eventos seguros y saludables, dicho programa se desarrolla en cooperación con los servicios de atención en drogas, servicios municipales de salud, así como municipios y profesionales en entornos de vida nocturna. Este programa tiene como grupo objetivo a padres de jóvenes de 16 a 26 años de edad que consumen drogas en la vida nocturna. Dentro de las actividades que se realizan, en primer lugar, se proporciona educación e información, se desarrollan 'herramientas' para la prevención, asesoramiento e implementación, así como la constante investigación y promoción de la experiencia (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

En cuanto a los tratamientos, la atención de adicciones se integra en los servicios de salud mental, 10 instituciones especializadas en adicciones con más de 200 lugares para recibir atención además de los servicios privados. La financiación de los servicios de salud mental, está cubierta principalmente por tres leyes: *Ley de seguro médico*: incluye tratamiento regular con medicamentos, desde tratamiento orientado a la abstinencia hasta tratamiento de mantenimiento con metadona + cuidado residencial hasta 2 años. *Ley de Cuidado a Largo Plazo*: cuidado residencial hasta dos años y *la Ley de apoyo social*: atención social y programas de reducción de daños (salas de consumo de drogas, refugios.). (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

Los programas de tratamiento son orientados a la abstinencia, van desde intervenciones mínimas y breves hasta formas de tratamiento más intensivas a largo plazo. Detección temprana y asesoramiento básico: grupos sociales vulnerables, escuelas. Empoderamiento y autogestión mediante estrategias de salud aplicaciones web (e Health). Asesoramiento, intervenciones breves hasta intervenciones más extensas, así como las unidades de crisis / desintoxicación en las cuales se tiene una estancia mínima de tres semanas y máximo 1 año, además de tratamiento ambulatorio y hospitalario (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2018).

En cuanto al Sistema de Monitoreo de Drogas (DIMS), dirigido por el Instituto Trimbo y servicios de atención a la adicción (Indigo Preventie, Parnassia Groep y

PsyQ), cuyos objetivos principales buscan, vigilar el mercado de drogas ilícita (en las fiestas y centros nocturnos), analizar la composición de las sustancias, observa tendencias y la aparición de nuevas drogas además informa a los usuarios sobre los riesgos para la salud de acuerdo al tipo de droga analizada (Trimbos Instituut, 2019). El funcionamiento del Sistema de Monitoreo de Drogas, se desarrolla mediante la colaboración con otras organizaciones afiliadas, tienen horarios de consulta semanales para que los usuarios puedan entregar muestras para su análisis de forma anónima y discreta. Si la muestra puede determinarse, la composición se transmite directamente en el lugar, si no se puede determinar, la muestra pasa a laboratorio para un análisis más detallado. Una semana después que la muestra ha sido analizada, se entregan resultados. Es importante mencionar que existe una retroalimentación hacia los usuarios a través de redes sociales y de sitios web, además, cuando el resultado del análisis de la muestra indica peligrosidad, se emite una advertencia o alerta roja: una campaña multimedia regional o nacional (Trimbos Instituut, 2018)

Uno de los principales aspectos de la política de drogas de los Países Bajos es la no criminalización del consumo. La descriminalización significa que las drogas seguirán siendo ilegales, sin embargo, su uso y hasta cierto grado de posesión de las mismas no será perseguido como una ofensa criminal. Tanto en la legalización como la descriminalización indican que el grado de sentencia penal y control es removido. Además, en ambos conceptos la normalización social del consumo es la temática central. La normalización puede ser entendida como un proceso social en el cual el control social informal como el rechazo moral, la estigmatización y exclusión disminuye. Flexibilizar la política de control penal es uno de los principales elementos para la normalización, la legalización no necesariamente indica un nivel social de aceptación, sin embargo, la descriminalización, sí. (Marshall & Marshall, 1994)

Las implicaciones del enfoque de la normalización de la política de prevención y tratamiento basada en la prevención del VIH, reducción de daños, procesos de desintoxicación y la descriminalización del uso de drogas, continúan discutiéndose, lo anterior sugiere que, al no aumentar el uso de drogas en los Países Bajos, la

política de normalización ha sido exitosa (EMCDDA, 2018). En la siguiente sección se describen algunas de las principales estrategias de atención para el consumo de sustancias en México.

1.2.3.B Sistema de atención para las adicciones en México

En el país existen tres formas en que se planifica la atención y tratamientos del consumo de sustancias, la primera está representada por el sector público, incluye atención por profesionales de la salud mental tanto en hospitales psiquiátricos, como en centros de atención y unidades de hospitalización (CONADIC,SSA, 2019), la segunda forma de servicios de tratamiento está representado por los servicios profesionales de salud privados ambulatoria o residencial y la tercer modalidad de servicios se compone de grupos de ayuda mutua derivados de la filosofía o enfoque de Alcohólicos Anónimos -AA-. (Marín et al., 2014)

El primer modelo de atención es representado por el *sector público*, la Secretaría de Salud ha instituido programas de prevención y tratamiento ambulatorio en centros de atención primaria y centros residenciales de atención que ofrece el sistema nacional de salud a través de los 104 Centros de Integración Juvenil y los 341 Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA) que hay en el país, denominado “Red Nacional de Atención y Tratamiento del Consumo de Sustancias Psicoactivas”. (CONADIC, SSA, 2019). En cuanto a la atención residencial, “comprende de 11 unidades de hospitalización de Centros de Integración Juvenil así como 45 unidades residenciales públicas y por 2,108 establecimientos residenciales privados de atención a las adicciones,1,045 centros están registrados 55 y 348 reconocidos, es decir, que sus servicios dan cumplimiento a lo dispuesto en la normatividad para ofrecer a la población atención de alta calidad” (CONADIC, SSA , 2019, p.46)

Las estrategias de atención que desarrollan los servicios gubernamentales se basan en prevención universal, terapia cognitivo conductual, terapia breve, así como un programa de prevención de recaídas, éstas acciones buscan la abstinencia del consumo de drogas (Rojas, Real, García- Siberman & Medina-Mora, 2011).

En el segundo modelo de atención, se tiene conocimiento que de los centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales destacan los *servicios profesionales de salud privados*: atención psicológica y psiquiátrica individualizada, así como establecimientos de atención a las adicciones residenciales que ofrecen sus servicios con estancias en periodos de 30 a 180 días (CONADIC, SSA, 2019), cabe señalar que este tipo de atención resulta costosa para la mayoría de la población.

El sistema de vigilancia epidemiológica para las adicciones -SISVEA- en su informe de 2014 refirió que se registraron alrededor de 72,746 centros de tratamiento y rehabilitación no gubernamentales en las 32 entidades federativas, estos datos tienen sentido cuando en el país, la *tercera forma de atención* es representada por los grupos de ayuda mutua, basados en los doce pasos de Alcohólicos Anónimos. Una de las características principales radica en el carácter religioso de su contenido, tanto grupos de ayuda mutua como centros no regulados “anexos”¹² son dirigidos por ex usuarios de drogas o asociaciones de la sociedad civil, sin embargo, este tipo de establecimientos difícilmente cuenta con la asesoría médica o profesional en el tratamiento de las adicciones (Rojas et al., 2011), estando en ocasiones al margen de la NOM-028-SSA-2009, para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones (SSA,2009).

Indagar en los servicios de atención en el país, nos da la posibilidad de conocer cuáles son los tratamientos más extendidos en el territorio nacional además de explorar en las ventajas, las fortalezas y las limitaciones que tiene cada una de estas tres formas de atención que se han expuesto.

1.3 Barreras de atención en la salud mental y en el abuso de sustancias

Buscar ayuda para problemas relacionados con la salud mental sigue siendo una acción relativamente poco frecuente, sobre todo en países emergentes donde los servicios disponibles son subutilizados o insuficientes (Borges et al., 2007). En el caso particular de las adicciones, la falta de cobertura para las necesidades de

¹² Los anexos o “granjas” son espacios habilitados que proporcionan estrategias basados en los doce pasos así como en estrategias atención no profesionalizadas para que la persona deje de consumir drogas.

tratamiento se puede atribuir a factores socioculturales que estigmatizan e impactan de manera negativa la búsqueda de atención, así como a otras barreras internas (personales) o externas (del entorno) que retrasan o impiden la obtención de tratamiento.

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2002) para que exista acceso a los servicios de salud se deben de cumplir por lo menos tres condiciones:

- Que exista la oferta necesaria para la provisión de servicios de salud y que las personas puedan tener acceso física y económicamente a ellos.
- Que el financiamiento de los servicios de salud no constituya una amenaza para la estabilidad económica de las familias ni para el desarrollo de sus miembros.
- Que la atención de salud se provea con calidad y en condiciones de respeto a las características raciales, culturales y económicas de los usuarios, definidas mediante un proceso de diálogo social.

Según presupuestos de la OPS/OIT, sí existe la oferta de servicios y se dificulta el acceso, financiamiento o si la dignidad de las personas se vulnera, entonces, nos encontramos frente a causas que excluyen en el proceso de atención. Kohn & Levav (2009) exponen que existen factores *objetivos* y *subjetivos* que contribuyen a explicar la brecha en la atención a las personas con trastornos mentales y consumo de sustancias. Entre los factores *objetivos* se encuentran los que tienen que ver con las barreras para la atención: aspectos económicos; disponibilidad de los servicios (escasos, nulos); accesibilidad, así como la adaptación inadecuada de los servicios de salud a los usuarios, por otro lado, los factores *subjetivos* tienen que ver con la negación del problema; la suposición de inexistencia de tratamientos e ineficacia de los mismos, la creencia de que el problema desaparecerá, el estigma y la exclusión.

De manera complementaria, Acuña & Bolis (2005) dan cuenta que en Latinoamérica existen condiciones que conducen a la exclusión de las personas, las que establecen barreras de acceso a los servicios de salud mental. Las condiciones pueden ser *externas* e *internas*: las primeras se refieren a las condiciones fuera del sistema de salud, es decir, lo cultural, económico, geográfico y social. Asimismo, las condiciones *internas* refieren a lo propio del sistema de salud, el proceso de atención, la infraestructura de la red de salud, así como todo lo que ocurre cuando se tiene contacto con los proveedores y servicios de salud.

“Las personas que consumen sustancias, pueden ser objeto de las causas de exclusión ya mencionadas y esto dependerá de sus condiciones sociales, culturales, de género, geográficas y actividad de vida. Una de las condiciones asociadas a la exclusión es la *estigmatización* de la persona, la que refiere a un proceso social o a una experiencia personal, en la que la segregación, el rechazo, y la desvalorización tienen un peso social hacia la persona o grupo” (Acuña & Bolis,2005,p.11).

Siguiendo a estos mismos autores, plantean cuatro indicadores de estigma como barrera de acceso a los servicios de salud:

- Autoexclusión: refiere al porcentaje de personas con algún trastorno mental o con síntomas, que no buscaron atención por temor a ser discriminados, maltratados o sentían desconfianza.
- Exclusión asociada a la atención general de salud: tiene que ver con el tiempo de espera que tiene la población con un trastorno mental en comparación con la población general aunado al porcentaje de gasto público asignado a la salud mental.
- Exclusión en salud inducida por actitudes de la comunidad: porcentaje de la comunidad que piensan que la salud mental constituye una pérdida de recursos
- *Marco jurídico y legal de protección de los derechos en salud de los portadores de problemas en salud mental*, es decir si existe o no existe en los sistemas de salud de cada país.

De acuerdo al estudio de Matzuzaki et al (2018) en Estados Unidos, se indagó en cómo es que perciben las barreras de atención los usuarios de drogas y bebedores problema, se utilizó una muestra de 1403 usuarios de drogas y 4984 de no usuarios, se pudo identificar que las principales barreras radican en las dificultades financieras, las dificultades logísticas de acceso, así como el bajo apoyo social debido a la estigmatización que padece esta población. Lo anterior sugiere que abordar las barreras estructurales y fortalecer el apoyo social, pueden ser estrategias importantes para mejorar la atención médica entre las poblaciones que son excluidas.

1.3.1 Factores que limitan el acceso a la atención a usuarios de drogas en México

A nivel mundial, una de cada siete personas que padecen trastornos por consumo de drogas recibió tratamiento lo cual es una proporción relativamente baja que no ha variado en los últimos años (UNODC,2019). De acuerdo a la revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México (Rojas, Real, García- Siberman, Medina-Mora, 2011) muestran que una de cada cinco personas con un problema de uso de drogas obtuvo tratamiento cuatro años después de iniciar un consumo problemático.

La utilización de servicios por abuso de alcohol y otras sustancias en México es poco frecuente, el tiempo promedio en el que las personas acuden por primera vez a los servicios fue de diez años para el consumo de sustancias (Borges et al., 2007) es decir, existe una brecha importante en el uso de servicios y atención para los trastornos mentales y el consumo de sustancias (Martínez et al.,2017).

En un estudio trasnacional realizado por Guerrero et al (2014) con población migrante que va de México a Estados Unidos que consume drogas durante su camino, expone que dentro de las principales barreras de atención en el tratamiento para las adicciones, se encuentra el costo del seguro médico, el bajo ingreso económico, inaccesibilidad al tratamiento debido a la ubicación de los centros de atención, la negación del problema así como el estigma, este último repercute en la participación de la persona en el tratamiento así como su acceso a un seguro de salud.

Al respecto Campo et al (2014) exponen que se debe de tomar en cuenta al estigma como barrera para el acceso a servicios de salud mental y adicciones, este se materializa con la reducción de solicitud de atención, el proceso de marginalización de las personas que padecen trastornos mentales, así como el incremento del riesgo de implicaciones en delitos y el contacto con el sistema legal es lo que invisibiliza la vulnerabilidad en este sector de la población.

En el siguiente capítulo se aborda con mayor especificidad acerca del estigma y la discriminación, como se desarrolla a nivel publico asi como la forma en que se hace presente en personas que padecen algún problema de salud mental, consumen sustancias o que presentan ambas condiciones.

Capítulo 2. Estigma como barrera para la atención del abuso de sustancias

2.1 Prejuicio, estigma y discriminación

Debido a que son diversas las disciplinas que se han interesado en los temas de exclusión, estigma y discriminación, desarrollar investigación sobre estigma y adicción a las drogas sugiere un abordaje transdisciplinario (Greaves et al.,2015) ya que son las condiciones socioculturales, biológicas, económicas y ambientales, las que determinan como se desarrollan los procesos de tratamiento, así como las políticas de adicción. Por ello el objetivo del capítulo será hacer una revisión teórica de los diversos enfoques, autores y contribuciones al tema.

La psicología social, impulsó estudios pioneros a través de la propuesta de Gordon Willard Allport (1955) *La naturaleza del prejuicio*, enuncia algunas características del proceso de estigmatización. Da cuenta del origen histórico de la palabra *prejuicio*: Para los antiguos (griegos) *praejudicium* quería decir precedente o sea un juicio que se basa en decisiones y experiencias previas, posteriormente, adquirió en inglés, la significación de una idea prematura o previa al examen y consideración de los hechos: un juicio prematuro o apresurado. El término que actualmente se utiliza, alude a un estado de ánimo favorable o desfavorable que acompaña a ese juicio previo y sin fundamentos, es decir pensar mal de otros sin tener motivos suficientes. En este sentido, define el *prejuicio* como “una actitud hostil o anticipada hacia una persona que pertenece a ese grupo, suponiéndose por lo tanto que posee las cualidades objetables atribuidas al grupo” (Allport,1955, p.22). Para el autor, el prejuicio constituye una actitud personal que se fundamenta en creencias generalizadas, dotadas de una carga de valor moral, se expresa mediante diferentes actos negativos que van desde hablar mal, evitar el contacto con el grupo, *discriminar*, ataques físicos y exterminio poblacional –genocidios-. De casi manera simultánea la sociología a través de Erving Goffman (1963) desarrolló el primer trabajo que aborda la salud mental y los procesos de interacción social entre los sujetos en su libro *Estigma: la identidad deteriorada*.

El origen de la palabra, dice Goffman (1963) proviene del griego, crearon el termino *stigma – stigmata*- para referirse a signos corporales, destinados a mostrar algo inusual y malo sobre el estado moral del portador. Los signos eran grabados o marcados a fuego en el cuerpo e informaban que el portador era un esclavo, un malhechor o un traidor, una persona mancillada, ritualmente impura a la cual había que evitar, especialmente en lugares públicos.

Goffman define al estigma como “un atributo profundamente desacreditador que hace a una persona diferente a otra” (Goffman,1963,p.14). Asimismo, clasifica en tres dimensiones el estigma¹³. *Los defectos del carácter del individuo* son percibidos como falta de voluntad, pasiones tiránicas o antinaturales, creencias rígidas y falsas, deshonestidad, en este parámetro aparecen las personas con perturbaciones mentales, reclusiones, adicciones a las drogas, alcoholismo, homosexualidad, desempleo, intentos de suicidio y conductas políticas extremistas

Décadas después, la propuesta de Bruce G. Link y Jo C. Phelan, incorpora supuestos importantes en lo que ellos denominan *teoría de etiquetamiento modificado* (modified labelling theory). Link & Phelan (2001) exponen que la experiencia de estigmatización es personal y como tal se inscribe en el mundo de lo social. “El estigma es un proceso dinámico y cambiante que inicia con la construcción de las diferencias en el color de piel o el género, produciendo etiquetamiento, enlazándose con prejuicios y estereotipos definidos, provocando distanciamiento social o la segregación entre los de adentro “nosotros” y los de afuera “ellos”, lo anterior deriva en la degradación del individuo (pérdida de status) y discriminación de las personas etiquetadas, en todo momento las relaciones asimétricas se hacen presentes” (Link & Phelan, 2001,p.367).

Foucault, en la microfísica del poder (1983) expone que el estigma depende completamente del poder, creando una imagen de disparidad y asimetría en las relaciones que se establecen, en algunos casos donde el rol hegemónico es evidente. “En muchos contextos, la ejecución del poder es visto como algo inocuo,

¹³ Goffman refiere que son tres: a) abominaciones del cuerpo que comprende el estigma de malformaciones o deformidades físicas. b) el estigma como los defectos de carácter del individuo y c) el estigma tribal caracterizados por la raza, nación o religión de las personas

como cuando se piensa en personas con enfermedad mental, obesidad o sordera y se compara con otras personas que no tienen esas características, ahí existe una relación de disparidad, bajo estas circunstancias el poder reproduce socialmente el estigma” (Link & Phelan,2001, p.375). Para resumir, “la estigmatización se puede ver como el producto de varios procesos simultáneos de etiquetamiento, estereotipación, distanciamiento social, segregación, degradación y discriminación ocurren en un contexto de poder asimétrico” (Link & Phelan, 2001,p.377).

La teoría de etiquetamiento, considera que una etiqueta psiquiátrica puede poner en marcha una serie de estereotipos culturales e imágenes negativas sobre la enfermedad mental que son aplicadas al individuo que la padece, por parte de los demás, pero también por la misma persona (Link, 1987). Así mismo en la teoría del etiquetamiento modificado Link et al (1989), refieren que hacer visible la devaluación y discriminación creadas por el etiquetamiento interfieren en el acceso a oportunidades sociales, económicos y de bienestar de las personas.

Por otro lado, desde la Antropología, Raybeck (1988) hace un crítica a la teoría del etiquetamiento, él se posiciona hablando de la *desviación* (deviance) desde lo social y cultural. En toda la sociedad se crean prácticas, estructuras e instituciones sociales para controlar, contener y reprimir a ciertos tipos de comportamientos considerado como aberrantes o desviados de la norma, estas mismas instituciones y prácticas conducen a la exclusión social y estigmatización de la enfermedad. Para este autor uno de los resultados del proceso de etiquetamiento es siempre dirigido hacia los “desviados”, quienes están en posición de “outsider” o “fuera de”, donde la disponibilidad de interactuar con otros grupos de la sociedad es limitada. El autor propone que el tamaño y la escala de la unidad social son factores significativos que entran en juego en los procesos de rotulación y estigmatización. “Las estructuras sociales y familiares que se encuentra históricamente en sociedades pre-industriales y que prevalecen en países pobres, podrían ejercer un efecto comparativamente benigno o protector en aquellas personas con enfermedad mental” (Raybeck,1988,p.374).

De acuerdo a la propuesta de Raybeck, los comportamientos estigmatizados tendrán una variación entre una cultura y otra, a su vez este se define por la

temporalidad. Al respecto, Pedersen (2005) menciona que explorar el estigma psiquiátrico en sociedades “tradicionales” o “no occidentales” tiene cierta complejidad porque existe una clasificación diferente sobre la enfermedad mental, en donde la distinción entre enfermedad “psiquiátrica” y “no psiquiátrica” es a menudo borrosa o simplemente no existe de la misma forma que sucede en las sociedades occidentales cosmopolitas.

En años más recientes, Pedersen (2005) se interesó en el desarrollo del concepto de *estigma* desde la perspectiva de salud mental. La propuesta del autor es la que me interesa trabajar en la presente investigación, entendiendo el *estigma* “como un concepto dinámico dado por la temporalidad, se construye a partir de relaciones interpersonales ancladas en el contexto de los individuos. El estigma es un producto social relacionado con la regulación de la institucionalización y las ideologías que las sustentan, así como con las decisiones tomadas por los individuos, las sociedades y los estados” (Pedersen,2005,p.2).

De acuerdo a Sartorius (2006), se puede resumir que la estigmatización puede conducir a una discriminación negativa, lo que a su vez conlleva numerosas desventajas en términos de acceso a la atención, un servicio de salud deficiente, momentos frecuentes que pueden dañar la autoestima así como estrés adicional que puede empeorar la condición de la persona “etiquetada” y, por lo tanto, la “etiqueta” se hace aún mayor, lo que hace más probable que la persona sea identificada y estigmatizada. En este entendido, la discriminación es definida como “acciones ejercidas por un grupo dominante o por un miembro del grupo, con el objetivo de dañar a otros individuos que forman parte de grupos menos dominantes” (Huddy et al., 2013)

Al hacer un recorrido por las propuestas teóricas sobre *estigma*, es necesario conocer su relación con la enfermedad mental y el uso de drogas, lo anterior sugiere ser analizado bajo los conceptos de *estigma público*, *autoestigma*, *estigma percibido*, *estigma sentido*, así como el *estigma estructural*. A continuación, se mostrarán algunos aportes teóricos sobre los conceptos referidos.

2.2 Estigma Público

El *estigma público* puede definirse como “el prejuicio y la discriminación aprobados por la población general que afecta a una persona, influye de manera directa en las oportunidades y resultados de personas con trastornos mentales” (Corrigan et al 2012,p.963). Las personas que han sido desacreditadas a causa del estigma tienen menos oportunidad de disfrutar experiencias satisfactorias como realizarse profesionalmente, tener una vivienda o disfrutar sus relaciones íntimas (Goffman,1963).

El estigma público, se manifiesta a través de prácticas de discriminación hacia las personas con algún padecimiento mental, mediante un trato inequitativo o cuando son negados sus derechos por ser considerados de menor valía (Mora-Ríos et al.,2013).

A pesar que muchas actitudes estigmatizantes no se limitan al ámbito de la enfermedad mental, si existe una opinión pública que desapruera a las personas con trastornos mentales contra aquellas que tienen alguna discapacidad física, muchas veces los trastornos mentales son vinculados con adicción a las drogas, prostitución y criminalidad (Corrigan & Watson,2002).

2.3 Internalización del estigma

Luoma et al.(2007) proponen que el *autoestigma* tiene que ver con pensamientos, sentimientos y percepciones negativas como vergüenza, pensamientos autoevaluativos negativos y miedos que surgen a partir de la identificación con un grupo estigmatizado. El impacto que tiene el autoestigma puede fomentar que las personas eviten el tratamiento, pierdan el contacto con otras personas o nieguen su enfermedad.

Al respecto Corrigan & Watson (2002b) elaboran un comparativo entre las características atribuidas al auto estigma en contraste a las características del estigma público, especificando la forma en que se perciben los estereotipos, el prejuicio y la discriminación.

A continuación, se muestra un listado con las principales características de las condiciones descritas.

Tabla 2. Tipos de estigma y discriminación

Características	Estigma público	Autoestigma
<i>Estereotipo</i>	Creencias negativas sobre algún grupo poblacional (peligrosidad, incompetencia o debilidad de carácter)	Creencias negativas sobre si mismo (debilidad de carácter e incompetencia)
<i>Prejuicio</i>	Existe una aceptación por las creencias o una reacción emocional negativa (enojo o miedo)	Existe una aceptación por las creencias, reacciones emocionales negativas (baja autoestima y autoeficacia)
<i>Discriminación</i>	Comportamiento que responde al prejuicio (evitación, incapacidad de obtener empleo, vivienda digna e incapacidad de pedir ayuda)	Comportamiento que responde al prejuicio (fracaso al conseguir empleo o una vivienda)

*Fuente: Corrigan PW. (2002). The paradox of self stigma and mental illness. *Clinical Psychology: Science and practice*, 9(1),p.38.

Para una mejor comprensión del autoestigma, Watson et al. (2007), proponen un modelo teórico que da cuenta de las diferentes fases del proceso, llamándolo *estigma internalizado*¹⁴. “El proceso de internalizar el estigma se divide en tres fases: a) *conciencia del estigma* -stereotype awareness- ocurre cuando la persona reconoce los estereotipos que existen alrededor de un grupo específico (p.e personas con trastornos mentales o discapacidad psicomotora); b) *acuerdo con el estereotipo* -stereotype agreement- se suscita cuando la persona conscientemente acepta los estereotipos que existen alrededor del grupo estigmatizado; y c) *aplicación* - application o stereotype self concurrence- tiene que ver con la aplicación de las creencias o pensamientos inscritos en la cultura hacia si mismo (p.e. soy débil porque estoy enfermo)” (Watson et al., 2007, p. 1313).

De acuerdo al modelo teórico de Watson et al. (2007) el estigma internalizado genera un impacto significativo en la cotidianidad de las personas, debido a que el proceso de internalización del estigma implica una baja estima, así como una percepción negativa de auto eficacia o auto realización, pudiendo desarrollar síntomas depresivos.

Para Corrigan (1998) el estigma internalizado, se experimenta mediante la devaluación, vergüenza, la secrecía y el encierro provocado por la aplicación de estereotipos negativos hacia sí mismo. “Los efectos del estigma internalizado en la

¹⁴ También se le conoce como el modelo de las tres A's.

autoestima y el bienestar psicológico, también afectan los objetivos conductuales, pudiendo influir en la adhesión a los servicios de atención” (Corrigan, 2006,p.876)

2.4 Estigma percibido (perceived) y sentido (enacted)

El estigma percibido (perceived) se refiere a un proceso por el cual los individuos estigmatizados piensan que la mayoría de las personas creen estereotipos negativos comunes sobre individuos que pertenecen a la misma categoría estigmatizada que ellos (Livingston & Boyd, 2010), es decir, se refiere a creencias que los miembros de un grupo estigmatizado tienen sobre las constantes actitudes y acciones estigmatizantes en la sociedad (Link et al.,1989). Mora et al. (2013), mencionan que el estigma percibido se refiere a las percepciones de los individuos acerca de las creencias y estereotipos negativos hacia la enfermedad mental en la población general y a la manera en que ellos creen que la sociedad los identifica como miembros de este grupo.

Por otro lado, el *estigma sentido* (enacted) se describe como una experiencia directa de discriminación y rechazo por parte de los miembros de la sociedad en general se puede entender como una de las formas en que el estigma público es experimentado por las personas, se refiere a la discriminación social directamente experimentada, como la dificultad de obtener empleo, vivienda, apoyo deficiente para el tratamiento o rechazo interpersonal (Luoma et al.,2007), asimismo, el estigma experimentado, tiene que ver con las experiencias concretas en las cuales las personas describen haber sido objeto de rechazo o discriminación debido a su enfermedad (Mora et al., 2013).

2.5 Estigma estructural

Otra de la formas en que el proceso de estigmatización se manifiesta y que se normaliza en la cotidianidad, se da en las dinámicas que ocurren a nivel estructural, de acuerdo con la propuesta de Link & Phelan (2001) el estigma es un producto de varios procesos simultáneos de etiquetamiento, estereotipo, distanciamiento social, segregación, degradación y discriminación en contextos desiguales, lo anterior da cuenta que los aspectos estructurales y los determinantes sociales, están inmersos e influyen en los procesos de exclusión de las personas. De manera complementaria Pedersen (2005) expone que el estigma es un producto social vinculado con la

normalización de las ideologías y su institucionalización. Asimismo, Corrigan et al (2009) indican que el estigma estructural, refiere al impacto que tiene la población general cuando transfieren a las demás personas sus creencias, prejuicios y estereotipos relacionados con la enfermedad mental.

Con base en las ideas propuestas por Link y Phelan así como con Pedersen, Mora y Bautista (2014) plantean una definición de estigma estructural en términos que tiene que ver con “un conjunto de normas, políticas y procedimientos de entidades públicas o privadas que restringen los derechos y oportunidades de las personas con enfermedades mentales, legitiman las diferencias de poder, reproducen las inequidades y la exclusión social” (Mora & Bautista,2014,p.304).

Uno de los aspectos que sobre sale del concepto de *estigma estructural* es el hecho que a través de él se pueden abordar situaciones que acontecen a diferentes grupos sociales, incluidos aquellos que, por su condición, se pueden considerar en vulnerabilidad, como en el caso que nos interesa, *personas que consumen drogas*.

Gran parte de la investigación sobre estigma y discriminación se ha enfocado principalmente en las enfermedades mentales, especialmente en la esquizofrenia, en el ámbito de las adicciones la producción es menor, aunque en los últimos años, se ha venido incrementando (Mascayano et al.,2015; Corrigan et al.,2016,A).

2.6 Estigma y consumo de drogas

Actualmente, el estigma y discriminación hacía las personas que usan drogas es un fenómeno que ocurre a nivel mundial (Yang et al.,2017; Luoma et al.,2007, Room,2005). El estigma y la discriminación constituye una de las principales barreras para la búsqueda de tratamiento en el consumo de drogas (Pokrajac, et al.,2016), las personas que usan drogas cuando buscan ayuda, pueden experimentar discriminación en el ámbito de la atención a la salud y recibir cuidados de menor calidad en comparación con otros usuarios de servicios de salud (Minior et al., 2003).

Estudios internacionales han demostrado que las personas etiquetadas con adicción a las drogas se consideran más culpables y peligrosas en comparación con las personas que padecen alguna enfermedad mental y son percibidas socialmente

como incapaces de auto controlarse siendo responsables de su comportamiento (Corrigan et al., 2009). Asimismo, las personas que están en tratamiento por problemas de alcohol o consumo de drogas son estigmatizados frecuentemente y de manera desproporcionada frente otros pacientes (Room, 2005).

De acuerdo a Link et al (2004) las personas que usan drogas, se enfrentan al estigma en sus diversas formas: público, percibido, autoestigma y experimentado, lo anterior “puede estar relacionado con una mayor tolerancia a las actitudes y comportamientos negativos hacia este sector de la población, debido a que el uso de sustancias es un comportamiento enjuiciado en muchas sociedades” (Adlaf et al .,2009, p.361).

Autores como Buchanan y Young (2000) plantean que el aumento de las actitudes negativas hacia las personas que utilizan drogas ilícitas puede ser el resultado de una mayor criminalización del uso de drogas debido a su relación con la ilegalidad. Algunas de las actitudes hacia las personas que usan drogas incluyen ser percibidos como peligrosos, impredecibles, incapaces de tomar decisiones, culpables de sus propias condiciones, y sin la voluntad de oponerse al tratamiento lo anterior fomenta una distancia social entre ellos y las demás personas (Yang et al., 2017).

Es importante mencionar que, dentro del consumo de sustancias, no todas las drogas son igualmente percibidas, las investigaciones dan cuenta que el consumo de crack (Ahern et al.,2007) y los usuarios de drogas intravenosas son los más estigmatizados por el público en general y por los propios pares (Burke et al., 2015). Del mismo modo, una de las poblaciones más vulnerables dentro del consumo de drogas son el grupo de mujeres debido a las múltiples temáticas que se intersectan (Lee & Boeri, 2017). Tener en cuenta que el estigma y discriminación se desarrolla a nivel público mediante actitudes y comportamientos negativos hacia las personas que usan drogas, también se expresa de manera internalizada mediante pensamientos, sentimientos y actitudes desaprueban y que vulneran al individuo (Pearson,2015).

A continuación, se hará referencia a las investigaciones internacionales y latinoamericanas que actualmente existen sobre estigma y consumo de drogas.

2.6.1 Literatura internacional sobre estigma y consumo de drogas

En la revisión internacional sobre estigma y abuso de sustancias, las investigaciones realizadas en Países Bajos, Canadá, Australia, Inglaterra y Estados Unidos han documentado la forma en que se desarrolla el estigma y la discriminación hacia los usuarios de drogas por parte de los profesionales de la salud. En una revisión sistemática realizada en los Países Bajos por van Boekel et al. (2013) se encontró que las actitudes negativas de los profesionales de la salud hacia pacientes con adicción al alcohol u otras drogas toman la dirección de una mala comunicación entre profesionales y pacientes, lo que produce una disminución de la alianza terapéutica y la atribución errónea de la enfermedad física con síntomas del uso de sustancias. En Ontario, Canadá, Heskell et al. (2016) comparan en una comunidad urbana y otra rural, como los usuarios de drogas y sus familiares reportan actitudes negativas por parte de los profesionales de la salud, atribuyendo la responsabilidad de una atención inadecuada al equipo de salud debido al estigma y la falta de conocimiento sobre cómo atender a las personas con consumos problemáticos de drogas. En Australia, un estudio cualitativo en personal de enfermería (Ford, 2011), muestra como el cuidado de los pacientes que usan drogas ilícitas representa un desafío emocional y potencialmente inseguro para los profesionales de la salud, debido a la percepción que se tiene sobre la existencia de violencia, manipulación e irresponsabilidad por parte de los pacientes. Del mismo modo, en una investigación realizada con médicos generales en Londres, Inglaterra, McGillion et al. (2000), exponen como los pacientes con problemas de abuso de drogas a menudo son percibidos como manipuladores, agresivos, groseros y poco motivados. De manera complementaria, el estudio de Meltzer et al. (2013) realizado en 128 residentes de medicina interna de un hospital de Nueva York, aborda las actitudes hacia diferentes tipos de pacientes a través de la escala Medical Condition Regard Scale¹⁵ y se encontró que los residentes de primer año son quienes tienen recursos limitados para atender a las personas que usan drogas, además de

¹⁵ Escala de Observación de la Condición Médica

manifestar una manera reservada para mejorar su actitud hacia este sector de la población.

En países de América del Norte, particularmente Canadá, se han desarrollado investigaciones que dan cuenta sobre el estigma que existe alrededor del uso de opioides. Este tipo de investigaciones surgen a raíz, de la llamada crisis de opioides y drogas inyectables, donde la región de Ontario tiene la prevalencia más alta de muertes por sobredosis (Fischer & Rhem, 2017; Hadland & Kertesz, 2018).

McCadden et al.(2019) exponen que la manera en que se reproduce el estigma de los opioides depende del contexto del uso, la identidad social y las redes de la persona que consume el opioide, así como el tipo de opioide que se consume, incluidas las formas de tratamiento no prescritas. De acuerdo a la revisión y análisis de 49 artículos sobre el tema, se determinó que existen cuatro tipologías relacionadas al uso de opioides: 1) estigma interpersonal y estructural hacia las personas que acceden a la terapia con agonistas opioides (TAO); (2) estigma relacionado con los opioides para el tratamiento del dolor crónico; (3) estigma en entornos sanitarios; y (4) autoestigma.

“ El estigma relacionado con los opioides impregna los niveles intrapersonal, interpersonal, estructural y social, y las personas que consumen opioides están marginadas en todos los niveles, esta tipología puede servir para tener consideraciones para reducir el estigma en servicios sanitarios” (McCadden et al, 2019,p 205)

Actualmente se han desarrollado investigaciones en personas que usan drogas inyectadas (PQDI¹⁶) en países como Australia, Rusia y Estonia mediante la utilización de escalas que miden el autoestigma, Cama et al. (2016), realizaron un estudio donde reclutaron a personas que se inyectan drogas de un programa de agujas y jeringas ubicado en la ciudad de Sydney. En dicha investigación se adapta la escala Internalized Stigma for Mental Health Scale (ISMI) y se plantea que existe una asociación entre el autoestigma con episodios depresivos, baja estima y un consumo grave de drogas inyectables durante el último mes, además el estigma

¹⁶ En inglés se conoce como people who injected drugs (PWID)

internalizado entre personas que usan drogas inyectables tiene un impacto implícito en la salud mental del individuo. En la región Nor-oriental, Burke et al (2015), desarrollaron un estudio comparativo entre dos ciudades de Europa, las personas que consumen drogas inyectables fueron reclutados mediante un muestreo dirigido, así como quienes indicaron ser VIH positivos, se incluyeron en la muestra a 381 participantes en San Petersburgo (Rusia) y 288 en Kohtla-Järve (Estonia). En la investigación se muestra como las personas que usan drogas inyectables son frecuentemente discriminadas, asociando su salud física y mental con ser posibles portadores de VIH.

En Latinoamérica, el país que ha desarrollado más investigación en personas que consumen cocaína base (crack) es Brasil, mostrando una evidencia contundente, Krawczyk et al.(2015) realizaron una investigación cualitativa en dos ciudades (Sao Paulo y Rio de Janeiro), utilizaron entrevistas semiestructuradas para explorar las percepciones de los usuarios regulares de crack para entender cómo los factores sociales y ambientales, incluyendo el estigma y la marginación, influyen en el uso inicial, así como en una serie de problemas sociales y de salud que se pueden presentarse de manera temporal o permanente. Algunos de los hallazgos de investigación dieron cuenta de las preocupaciones comunes entre los usuarios, incluyen el uso excesivo de crack, la participación en hábitos de riesgo, la utilización poco frecuente de servicios de salud, la marginación y la dificultad para reducir el uso. Asimismo, en Porto Alegre, Bard et al.(2016) exponen que los usuarios de crack sufren las consecuencias de ser etiquetados y estereotipados como seres indeseables e improductivos, lo que fomenta una posición menor en la jerarquía social, lo que puede tener un efecto negativo en sus oportunidades como ciudadanos, la pérdida de status, se convierte en la base para la discriminación, lo que ocasiona la estereotipos y separación.

A continuación, se muestra una tabla con algunos de los estudios descritos que exponen las principales actitudes y prácticas que refieren a estigma y discriminación hacia los usuarios de drogas.

Tabla 3. Actitudes estigmatizantes y prácticas de discriminación registradas en la literatura internacional

Estudio	Población	Fuente de las actitudes o practicas	Experiencia reportada
Mcgillion et al., 2000	112 médicos generales del servicio de salud de Londres, Inglaterra.	<ul style="list-style-type: none"> • Médicos generales 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaprobación. • Percepción negativa, “los usuarios de drogas, no cooperan en el tratamiento “irresponsables”
Ahern et al., 2007,	1008 usuarios de drogas en situación de calle en los Estados Unidos	<ul style="list-style-type: none"> • sociedad general • usuarios de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo • Exclusión • vergüenza
Adlaf et al.,2009	4078 estudiantes de 12 a 19 años de edad en Ontario, Canada	<ul style="list-style-type: none"> • usuarios de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Percepción negativa por usar una droga en vez de otra. “más peligrosos” • Distanciamiento y rechazo de la persona
Ford,2011	311 enfermeras del servicio de atención en salud mental y abuso de drogas en Australia	<ul style="list-style-type: none"> • enfermeras 	<ul style="list-style-type: none"> • Desaprobación basada en creencias. • Percepción negativa son vistos como violentos, irresponsables y manipuladores
Heskell et al., 2016,)	73 usuarios de servicios de salud mental y abuso de drogas y 41 familiares en dos comunidades de Ontario Canadá	<ul style="list-style-type: none"> • proveedores de salud • psiquiatras • asistentes médicos 	<ul style="list-style-type: none"> • Lenguaje despectivo “estúpido” • Uso de etiquetas • Ocultamiento de información • Trato indiferente
Krawzyck 2015	38 usuarios de Crack que fueron reclutados en diversos barrios de Rio de Janeiro y Sao Paolo, Brasil	<ul style="list-style-type: none"> • sociedad en general • usuarios de drogas • personal de salud 	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de etiquetas “Cracudo” “Craqueiro” “Noia” • Trato grosero/indiferente

Bard et al.,2016	10 usuarios de crack, 11 familiares y 15 proveedores salud de Porto Allegre, Brasil	<ul style="list-style-type: none"> • sociedad general • usuarios de drogas 	<ul style="list-style-type: none"> • Rechazo social • Exclusión • Uso de etiquetas • Percepción negativa vistos como "delincuentes" • Estereotipos • Perdida de status social
Mora et al.,2017	Usuarios de alcohol y drogas (9), familiares (10) y personal de salud(16) en centros de tratamiento de la Ciudad de México	<ul style="list-style-type: none"> • familia, • grupos de autoayuda, • usuarios de drogas • personal de salud, • vecinos, • centros de tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Sobreprotección, • exclusión, • uso de etiquetas " borracho" "adicto", • maltrato físico y verbal, • negación de información • rechazo, • ausencia de tratamiento,

Debido a que el consumo problemático de drogas suele ir acompañado de una sensación de vergüenza, la auto estigmatización resulta de la estigmatización pública en un proceso que conduce a la internalización de la vergüenza social asociado a los estereotipos negativos ligados con la adicción (Mathews et al, 2017). En la investigación sobre estigma y drogas se han utilizado ampliamente las escalas de medición para evaluar el autoestigma.(Pearson, 2015; Luoma et al.,2013) las que expresan diferentes aspectos del autoestigma en el individuo, por lo que la utilización de cada escala tiene un propósito particular de evaluación. Por ejemplo, una de las principales es el SASSS (Substance Abuse Self Stigma Scale), aborda tres aspectos fundamentales: auto devaluación, miedo o estigma sentido así como la evitación del estigma y la desvinculación de los valores. Internalized Shame Scale) (ISS) es un cuestionario que aborda los pensamientos y sentimientos relacionados con la vergüenza (Luoma et al., 2013, p.5). Internalized Stigma of Substance Abuse Scale (ISSA) es una adaptación de Internalized Stigma in Mental Illness Scale (Ritsher et al 2003), esta escala mide la experiencia subjetiva del estigma relacionado con el consumo de drogas (Pearson et al.,2015,p.2). Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) da cuenta del estigma internalizado,

elabora una correlación entre depresión, menor autoestima y mayor gravedad de los síntomas (Boyd et al.,2014).

De manera complementaria, para la medición del estigma percibido o estigma público se cuenta con la escala Perceived Stigma of Addiction Scale (PSAS) el instrumento mide la percepción de la prevalencia de creencias estigmatizadora hacia el uso de sustancias (Luoma et al.,2010). Del mismo modo se cuenta con la escala Substance Abuse Perceived Stigma Scale (SAPSS) es un cuestionario de 12 preguntas que evalúa la construcción del estigma percibido (Link, 1987)

2.6.2 Estudios en México sobre estigma y consumo de drogas

“Los usuarios de drogas, en especial quienes consumen sustancias ilegales, son estigmatizados y experimentan diversas formas y procesos de discriminación por parte de la población en general, de las instituciones dedicadas a la atención a la salud así como por los cuerpos policiacos y otros usuarios de drogas” (Tiburcio & Berenzón, 2017,p.110). En lo relacionado con el estigma y el consumo de drogas, Medina- Mora et al.,(2011) indican que, para una exploración del tema, se debe asociar la creciente poblacional del consumo con el contexto social del individuo, la política de drogas, así como la relación entre el acceso a los servicios de salud con el estigma y discriminación hacía los consumidores.

En México las investigaciones sobre estigma en población general, muestran que las personas que tienen algún trastorno mental son objeto de mayor estigma y discriminación, el consumo de sustancias y la esquizofrenia son los padecimientos más estigmatizados (Mora et al., 2013) debido a que las personas que consumen drogas son consideradas como responsables de su padecimiento (Mora & Bautista,2014).

A nivel nacional se ha hecho investigación sobre la presencia de estigma en personas que usan drogas. Un estudio en población femenina que se encuentra en prisión, muestra como el abuso de sustancias afecta a las mujeres presas en mayor medida que a otras mujeres y que su situación las hace más susceptibles de incidir y prevalecer en la conducta de abuso de sustancias. “Aspectos como bajo nivel educativo, habilidades limitadas para el trabajo, la exposición a la estigmatización y

la discriminación acentúan esta vulnerabilidad, lo que representa dificultades para acceder al tratamiento para este tipo de problemas” (Romero et al., 2010, p. 599)

En un estudio sobre estigma relacionado al consumo de drogas realizado por Mora - Ríos et al.(2017), “se analizó una submuestra de 9 usuarios de alcohol y drogas, 10 familiares y 16 profesionales de la salud, se encontró que los mayores generadores de estigma son la familia, los profesionales de salud, los grupos de autoayuda, los compañeros de clase, otros usuarios de drogas y los centros de tratamiento. Asimismo, los hallazgos de investigación muestran que las prácticas más comunes hacia los usuarios de drogas incluyen la indiferencia, el rechazo, el distanciamiento, la sobreprotección, los abusos físicos y los abusos psicológicos. Uno de los temas que emergen es la internalización del estigma, el que ocurre cuando la persona que consume alcohol y drogas, internaliza los estereotipos asociados a la adicción y los aplica a su persona

Como se pudo observar en el presente capítulo, el estigma y la discriminación hacia las personas que usan drogas, se expresa en acciones muy concretas realizadas por diversos actores que intervienen en las dinámicas cotidianas que envuelven al individuo. Son las prácticas en el ámbito de la atención a la salud, así como lo suscitado en el contexto de consumo de sustancias donde las actitudes estigmatizantes y las experiencias de discriminación son percibidas e interpretadas por el usuario de drogas.

En el siguiente capítulo, se da cuenta de cómo la subjetividad se recupera mediante el uso de la narrativa y a su vez, desarrolla y construye una historia que ubica en el espacio y el tiempo acciones muy específicas sobre el inicio de consumo de sustancias, los intentos por dejar de consumir, así como lo que ocurre durante el proceso de atención o tratamiento al que las personas optan para detener su consumo de drogas.

Capítulo 3. La narrativa como herramienta para recuperar las experiencias y construir trayectorias de atención

A pesar de los alcances que tiene el emplear la narrativa para el abordaje de la experiencia subjetiva de las personas con enfermedades crónicas (Fioretti et al.,2016) los estudios sobre las trayectorias de atención de las personas que usan drogas, así como las experiencias suscitadas durante ese proceso, requieren de un análisis más detallado.

El interés en este capítulo, busca dar cuenta de cómo en el uso de la narrativa como herramienta de investigación se puede tener acceso a la subjetividad y así contextualizar las atribuciones que los participantes le otorgan a las experiencias suscitadas durante el proceso de búsqueda de atención, además muestra cómo durante este proceso el participante identifica experiencias de un trato diferenciado o inequitativo asociado al consumo de drogas.

Se muestra la perspectiva antropológica de investigación en alcohol y drogas a través de la antropología médica crítica y el modelo explicativo de la experiencia. Asimismo, se exponen algunas de las estrategias de investigación cualitativa para recuperar la subjetividad. Los conceptos que serán revisados en el desarrollo del capítulo, son los siguientes:

- Las narrativas del padecer y la enfermedad,
- La experiencia vista como padecer (illness), enfermedad (disease) y malestar (sickness)
- Trayectorias de atención

Para concluir el capítulo, se presentan los hallazgos de una investigación que da cuenta de los caminos o trayectorias de atención de usuarios de sustancias que acuden a tratamiento en los Estados Unidos.

3.1 Antropología y consumo de drogas

La investigación antropológica ha contribuido al desarrollo de la ciencia de la adicción a través de estudios etnográficos que muestran los contextos vividos, la identidad de orden cultural que tienen los usuarios de drogas, así como el significado que es socialmente construido (Singer,2012)

La literatura publicada sobre antropología del uso de drogas ha crecido y diversificado desde 1970, encontrando una aceptación más amplia en el dominio de los estudios multidisciplinarios sobre alcohol y drogas, “Diversos enfoques han propuesto para su estudio, que van desde el modelo socio cultural, el modelo de estilo de vida, la antropología médica crítica, así como los modelos explicativos de la experiencia” (Singer,2012,p.1747)

Para efectos de este trabajo, el enfoque que utilizaré es de la antropología médica crítica, la cual aborda el sufrimiento social, el uso de drogas como automedicación para hacer frente a las heridas de la injusticia además incluyo la visión del modelo explicativo de la experiencia, que expresa las vivencias de las personas que usan drogas.

3.1.1 Modelo de la antropología médica crítica: sufrimiento social y automedicación

El modelo crítico de antropología médica surgió a inicios de la década de 1980 y se aplicó rápidamente al análisis de uso de drogas (Singer,1986: Stebbins,1987). “Su desarrollo reflejó un reconocimiento al considerar plenamente el uso de drogas en el contexto estructural a nivel Macro- por ejemplo, desigualdades económicas significativas, instituciones de control social-, la existencia de procesos sociales e instituciones dominantes como las actividades corporativas, medios dominantes y sistemas de discriminación, además da cuenta de las relaciones de poder -por ejemplo, clases sociales, relaciones desiguales entre naciones y el desarrollo del subdesarrollo“ (Singer,2012,p.1750).

Dentro del campo de investigación del uso de drogas y las adicciones, el modelo crítico de antropología médica se ha destacado en tres temas:

- a) La producción social del sufrimiento (Bourgois, 2003:2009)
- b) El uso de drogas para automedicarse a las lesiones emocionales de la injusticia y el maltrato social (Romani, 1997; Singer, 2008)
- c) La economía política de lo lícito y los mercados de drogas ilícitas (Adler, 1993; Curtis& Wendel, 2000)

A continuación, se describe en qué consiste la producción social del sufrimiento, así como el consumo de drogas como medio de automedicación ante una cotidianidad que cada día vulnera al individuo que consume drogas.

3.1.1.A Producción social del sufrimiento.

Investigaciones como las de Bourgois (2003;2009) han proporcionado información etnográfica con una profunda descripción de los usuarios de crack que viven en las ciudades de Nueva York y San Francisco. En ambas ciudades, los participantes de Bourgois, viven en pobreza extrema, sin embargo, están expuestos diariamente (a distancia) a la gran e inimaginable riqueza de otros residentes. Esta inequidad se mantiene a través de numerosas prácticas sociales, como las políticas públicas (por ejemplo, el debilitamiento del bienestar social, las políticas fiscales que carga desproporcionada a la clase baja) que favorecen la gentrificación urbana y las necesidades de los ricos mientras producen, la desesperación creciente entre los pobres.

Autores como Kleinman (1996) y Singer (2006), incorporan el término "sufrimiento social" para referirse a la experiencia personal inmediata de amplias problemáticas humanas, se desarrolla por el ejercicio de la política y la economía, ambas residen en el poder. En otras palabras, "el sufrimiento social se refiere a la miseria, entre aquellos en el extremo más débil de las relaciones de poder en términos de salud física, salud mental y experiencia vivida" (Singer,2012,p.1752)

3.1.1.B Automedicación

Desde la perspectiva de la antropología médica crítica, la desigualdad como la experimentan las personas que usan drogas, es una fuerza importante que impulsa el consumo de drogas duras y la adicción (Singer,2012). O también se puede ver el uso de drogas como una práctica relacionada a la automedicación y está se adhiere al proceso de autoatención en la salud (Romani,1997).

Para Singer (2008) la vida de un usuario de drogas frecuentemente se ve inmersa en un círculo vicioso de estrés sentido, seguido del consumo de drogas automedicadas, la estigmatización social resultante y un sentido de autoestima dañada, que, a su vez, desencadena el deseo y comodidad a través de las drogas.

Debido a los efectos dañinos y secundarios del uso de drogas, como pueden ser hepatitis o VIH, la adicción contribuye a las inequidades de salud. “El daño causado por el uso legal e ilegal de drogas, en el momento de ansiedad y deseo, son vistos como alivio, removiendo temporalmente a la persona de su sensación de miseria individual. Las consecuencias de tal "alivio" son que el usuario regresa con la ansiedad y se enfrenta al hecho de que siempre existirán drogas con las cuales medicarse” (Singer,2006,p46).

3.1.2 Modelo explicativo de la experiencia para recuperar la subjetividad

“El modelo experimental es influenciado por la fenomenología y el estudio de las subjetividades lo que significa enfoques centrados dentro de la antropología médica y el cuestionamiento de la objetividad que se encuentran en las perspectivas posmodernistas” (Singer, 2012, p 1755)

La adicción, juega un papel en la construcción de identidades personales, más allá del sufrimiento y el rechazo social, esto refiere a la idea que, al adherir el sufrimiento, la adicción toma otras dimensiones incluyendo y creando oportunidades para nuevas experiencias y nuevas

relaciones sociales, algunas pueden ser positivas y de auto afirmación para los usuarios de drogas (Singer,2012)

Dentro de esta perspectiva existe un enfoque en las terapias con medicamentos y las experiencias subjetivas de estar en tratamiento. García (2010) muestra en su estudio sobre *La adicción a la heroína, el despojo y el tratamiento entre los consumidores latinos rurales en Nuevo México*, cómo la adicción está entrelazada con la historia cultural y política, y por lo tanto con la economía política (que involucra a la historia de la persona). De acuerdo con la autora, los modelos de tratamiento existentes obligan a los pacientes a revivir sus historias personales y sociales, promoviendo aún más su adicción, y reduciendo la adicción a la melancolía y la automedicación de opiáceos, asimismo, se interesa por los aspectos subjetivos de la experiencia de tener una sobredosis o intentos de suicidio, que si bien, son fenómenos sociales, también incluyen experiencias internas, individuales y son esencialmente subjetivas.

En esta misma línea, la autora menciona que es posible conectar con la subjetividad melancólica del participante a través de la vulnerabilidad que se desarrolla mediante la relación que se establece cuando se está realizando trabajo campo, la propia vulnerabilidad del investigador sirve de puente para conectar con los participantes.

3.2 Narrativas del padecer y la enfermedad: estrategias de la investigación cualitativa para recuperar la subjetividad relacionada con el consumo de drogas

La investigación cualitativa en términos de metodología, perspectivas y estrategias considera diferentes enfoques y orientaciones para su desarrollo (Vasilachis,2006). Tener distintas perspectivas disciplinares, con sus presupuestos filosóficos, métodos y prácticas dan cuenta de las diversas concepciones que se puede tener acerca de la realidad, muestra cómo y cuánto se puede llegar a conocer, lo que no determina que exista una única forma de hacer investigación, ni una única posición

o perspectiva que la sustente como la única perspectiva que puede estar presente en una investigación social de carácter cualitativo (Silverman, 2000).

Flick (2004) menciona, que dentro de las principales posiciones teóricas en la investigación cualitativa destaca: “el interaccionismo simbólico, la etnometodología, el estructuralismo y psicoanálisis, el interaccionismo interpretativo, los estudios de trabajo, posestructuralismo, investigación de “teorías subjetivas”, psicología discursiva y las representaciones sociales” (Flick,2004,p.42)

De acuerdo con Marshall & Rossman (1999), la investigación cualitativa es pragmática, interpretativa y se basa en la experiencia de las personas. Es una amplia aproximación al estudio de los fenómenos sociales, entre sus principales características destacan la multiplicidad de técnicas metodológicas. Los autores proponen que el proceso de investigación cualitativa supone tres momentos clave:

- a) la inmersión en la vida cotidiana de la situación seleccionada para el estudio
- b) la valoración y el intento por descubrir la perspectiva de los participantes sobre sus propios mundos
- c) la consideración de la investigación como un proceso interactivo entre el investigador y esos participantes, como descriptiva y analítica y que privilegia las palabras

La investigación cualitativa, suele ser de gran utilidad para el estudio de instituciones, organizaciones, movimientos sociales o transformaciones culturales. Del mismo modo, expone que, si se busca explorar las experiencias, así como las perspectivas subjetivas, entonces, se tienen que desarrollar estrategias específicas para su abordaje. Como en el caso de “las acciones cotidianas, las que se pueden analizar mediante las narrativas, a través de ellas es posible ver acciones sociales cargadas de significado para la persona” (Morse,2005,p589)

Una de las formas en que se puede tener acceso a las experiencias de las personas que viven situaciones de dolor, desesperanza y enfermedad se da por medio del proceso que se establece cuando las historias son contadas. En este

sentido, la manera en que se exploraron las experiencias durante las trayectorias de atención al consumo de drogas de los participantes fue mediante la narrativa, la que dio cuenta de momentos y situaciones relacionadas a la búsqueda de tratamiento para disminuir el consumo de drogas, además explora la existencia actitudes que estigmatizan y practicas discriminan durante este proceso.

La estrategia narrativa es una forma en que la experiencia es representada y relatada en la que los acontecimientos son representados en un orden significativo y coherente, dónde las actividades y acontecimientos son descritos junto con experiencias asociadas a ellas, la significación les aporta sentido a las personas afectadas (Good,2003).

Hamui (2011) menciona que las narrativas interpretan las experiencias sentidas y personificadas dando significado a la experiencia del sujeto. “Las particularidades de las narrativas están en la forma en que los sentimientos y pensamientos son expresados, así como en las acciones y situaciones visibles que dan cuenta del entorno en que el individuo desarrolla la acción y se relaciona con los demás” (Hamui,2011, p.61). Por otro lado, los relatos se instituyen en procesos de aprendizaje, lo que posibilita avanzar en el entendimiento del otro, propiciando contextos para comprender lo que no se ha experimentado de manera personal. “El relato tiene dentro de sus características dos aspectos fundamentales: *acción* y *conciencia*. La *acción* se orienta a lo que hacen los sujetos en situaciones particulares, por su parte, la *conciencia* se enfoca en lo que involucra sobre lo que se sabe, se piensa, se siente o no se sabe, no se piensa y no se siente [...]” (Hamui,2011, p.52). Tener en cuenta que la conciencia y acción son características interdependientes del relato, brinda la posibilidad de entender que existe una relación entre la subjetividad del individuo con lo concreto de los eventos externos.

En complemento, Martínez- Hernández et al. (2015) mencionan que, en el contexto de la salud y la enfermedad, las narrativas son una herramienta para dar cuenta de los procesos sentidos en las personas que padecen alguna enfermedad o una situación que involucre emociones y significados. El autor, retoma el concepto de *medicina basada en narrativas o medicina basada en la persona*, el cual busca

recuperar al sujeto que habita el cuerpo y que expresa quejas, lamentos, decisiones y síntomas.

El modelo de medicina basada en narrativas, se fundamenta en la teoría hermenéutica y fenomenología de la enfermedad, y plantea una aproximación opuesta a lo que hace las investigaciones clínicas, es decir, busca que el personal clínico desarrolle una escucha activa, observe el síntoma subjetivo y el mundo significativo de la biografía (Greenhalgh & Hurwitz, 1998). Para la autora, existen “historias dentro de las historias”, menciona que “el encuentro entre un paciente con el médico tiene lugar en un espacio transaccional altamente estructurado en el que el comportamiento de ambas partes está determinado por las expectativas sociales [...]” (Greenhalgh,1999,p.3). Este enfoque tiene como objetivo introducir en la práctica médica diaria el uso de la narrativa como herramienta para recopilar e interpretar información sobre la experiencia de enfermedad del paciente

En este orden de ideas, Leder (1990) menciona que el "texto" constituye el encuentro de diagnóstico, se distingue de otras narraciones humanas o modos de comunicación, es una historia sobre la "persona enferma" e implica cuatro diferentes formas de darle sentido a un texto:

- *Texto experiencial*: el significado del paciente. asigna a los diversos síntomas, deliberaciones y consultas laicas en el período previo al encuentro clínico
- *Texto narrativo*: lo que el médico interpreta como "el problema" de la historia que cuenta el paciente, el historial médico tradicional
- *Texto físico o perceptivo*: lo que el médico se deduce de un examen físico del paciente (utilizando el conjunto de habilidades mal definidas pero reconocibles que se han denominado "razón práctica"
- *Texto instrumental*: lo que dicen los análisis de sangre y los rayos X. (Leder,1990,p.9-24)

En el presente estudio, recuperar la experiencia mediante la narrativa de los participantes, es fundamental para identificar momentos y situaciones clave que dan cuenta de cómo se construye la trayectoria de atención de la persona que busca afrontar su consumo de drogas. A continuación, se describirán algunas de las formas en que se expresa la experiencia en el contexto de la salud y la enfermedad.

3.3 La experiencia vista como Padecer (Illness), Enfermedad (disease) y Malestar (Sickness)

Uno de los autores que ha recuperado el análisis de las narrativas en sus investigaciones es Arthur Kleinman (1988), quién combina la reflexión antropológica con la rigurosidad del método clínico para ingresar al mundo de los significados de la enfermedad. Desde “el análisis antropológico, es posible mostrar que los significados se crean en la enfermedad, modelados por los valores culturales y las relaciones sociales de la experiencia en el cuerpo y la enfermedad, situando al sufrimiento en mundos morales locales” (Kleinman, 1988, p.5).

Para explorar los significados creados en la enfermedad, es necesario conocer como entiende y/o vive la experiencia la persona, por ello, es fundamental traer a la discusión, la distinción entre lo que la biomedicina construye como *enfermedad* (Disease) y la dimensión antropológica que se plantea a través del *padecer* (*Illness*). “El padecer se refiere a la experiencia humana del síntoma y el sufrimiento que vive el sujeto. El padecimiento refiere a cómo la persona enferma y los miembros de la familia o de la red social más amplia, perciben, viven y responden a los síntomas y la incapacidad [...], la experiencia del padecimiento incluye la categorización y explicación, en términos del sentido común, accesibles a todas las personas en el grupo social, de las formas de zozobra y dolor causadas por esos procesos fisiológicos [...]” (Kleinman, 1988, p. 3-4). Por otra parte, “la enfermedad se refiere al problema visto desde la perspectiva del médico, en los restringidos términos biológicos del modelo biomédico, esto significa que la enfermedad sólo puede reconfigurarse como una alteración en la estructura biológica o funcional” (Kleinman, 1988, p.5). Del mismo modo, menciona que “*malestar*”¹⁷ (sickness) se

¹⁷ Si bien, el concepto de *illness* (padecer) y *disease* (enfermedad), propuesto por Horacio Fabrega (1974),

entiende como la comprensión de un desorden, en su sentido genérico, existente entre la población en relación a las fuerzas macrosociales (instituciones económicas, políticas) [...]” (Kleinman, 1988, p.6)

Estas diferencias entre los conceptos de enfermedad y padecimiento, son vitales para entender el proceso salud, enfermedad, atención. Esta dimensión refiere a las significaciones que el sujeto otorga a los sucesos vinculados con la enfermedad y atención, se construye a partir de representaciones y prácticas socioculturalmente condicionadas, y se explica y categoriza desde la experiencia de los conjuntos sociales, en términos del sentido común.

Desarrollar una investigación en la temática de estigma y consumo de drogas, busca visibilizar las experiencias de las personas que usan drogas y así tener acceso al conocimiento sobre aspectos sociales y culturales para el abordaje del consumo de sustancias.

El abordaje de las narrativas, refiere la experiencia corporal y subjetiva de la persona durante su trayectoria de atención al consumo de drogas. En la presente investigación, se busca identificar cuáles son las dimensiones alrededor del consumo de sustancias, dar cuenta de las prácticas que se desarrollan durante su proceso de atención, así como la forma en que las personas se perciben y reconocen a partir sus experiencias de atención y tratamiento.

3.4 Trayectorias de atención y el análisis de los sistemas de salud

Abordar las trayectorias de atención en personas que acuden a centros especializados en adicciones, supone conocer cuáles son los servicios y tratamientos ofertados por el sistema nacional de salud a través de sus tres niveles, que incluye los servicios de promoción y prevención, centros de tratamiento, hospitales generales, institutos de especialización, además toma en cuenta las estrategias de autoatención, prácticas rituales, prácticas religiosas, grupos de ayuda mutua, medicina popular, tratamientos alternativos, comunidades terapéuticas y centros no regulados.

trajo a la discusión antropológica la posibilidad de explicar la existencia de una “enfermedad sentida” y una “enfermedad objetivada”, al respecto , Allan Young (1982) propone una concepción más desarrollada de *illness*, *disease* y *sickness* (malestar); en este último se indica que el malestar expresa las representaciones y prácticas que el individuo tiene frente al padecer y la enfermedad; pareciera que *sickness* entra en una categoría cultural, donde se expresa el “sentir de la superestructura”.

Una de las principales temáticas en la presente investigación tiene que ver con las experiencias del usuario de drogas durante su trayectoria de atención. Las trayectorias de atención o los caminos de atención hacen referencia a una secuencia de contactos que una persona lleva a cabo para atender sus problemas de salud. Autores como Rogler & Cortes(1993) plantean que los *caminos de atención – Help seeking pathways-*, como un patrón o un estructurado de relación entre las redes sociales de apoyo, los sistemas informales de ayuda, y los sistemas formales de atención.

La mirada de las trayectorias de atención nos permite comprender las diversas modalidades de los servicios de atención que existen de manera interpersonal o institucionalmente. La trayectoria tiene una dirección y secuencia, la que inicia cuando la persona da comienzo a la búsqueda de atención, y se consolida cuando se establecen los contactos y se da lugar a tratar el problema de salud. Autores como Berenzon & Juárez (2005) exponen que el desarrollo, dirección y duración que siguen las trayectorias o caminos de atención, están influenciados por factores sociales y culturales, restricciones políticas, económicas, así como por los tratamientos e intervenciones disponibles aunado a las características y severidad de la enfermedad (Berenzon & Juarez,2005)

Otra forma de ver las trayectorias o caminos de atención, es mediante la propuesta de Goffman (2001), *la carrera moral de la enfermedad, que se entiende* como “una trayectoria social recorrida por cualquier persona a lo largo de su vida, se relaciona con aspectos subjetivos e íntimos de la persona y a su vez expresa una posición formal, un estilo de vida [...]“(Goffman,2001,p.133).

En esa misma línea, Menéndez (2005), plantea que a la integración de dos o más formas de atención a la salud por sujetos y grupos que tienen algún padecimiento, puede ser observado a través de la denominada “carrera del enfermo”, una de las características presentes en estas formas de atenderse se da por que las personas utilizan de manera simultánea o distintas estrategias para tratar un malestar. Berenzon y Juárez (2009), señalan que se han propuesto diferentes modelos teóricos para comprender las formas en que se combinan y relacionan las prácticas

curativas, las redes sociales de apoyo, los servicios formales de salud¹⁸, servicios informales de salud¹⁹, es decir, el uso de servicios o acceso a la atención a la salud.

Kleinman (1980) refiere que en los estudios transculturales de la medicina existe la valoración de que en todas las sociedades las actividades de atención médica están más o menos conectadas, por lo tanto, deben estudiarse de manera integral como respuestas socialmente organizadas a las enfermedades que constituyen un sistema cultural especial, es decir, el sistema de atención a la salud.

Uno de los modelos de atención a la salud, a través del cual se describe el sistema plural de atención, es el de Haro (2000), en el que se distinguen cuatro estructuras básicas: a) auto cuidado y auto atención, b) autoayuda y autogestión, c) atención alternativa y d) atención médica profesional. Estas cuatro formas de atención pueden darse de manera simultánea, creando un espacio en el que las personas entienden y definen las enfermedades, y a su vez, seleccionan tanto a personas como “sanadores” u otras estrategias curativas.

Para Menéndez (1984a) el autocuidado y la autoatención, representa la forma de atención a la salud que es estructural en todas las sociedades y que puede coexistir o no con otras opciones de atención. En el campo de las adicciones, uno de los modelos de atención más usuales, tiene que ver con los recursos individuales que tiene la persona para hacer frente a su consumo de drogas. Esto es lo que Romani (1997) y Menéndez (2003), denominan *autoatención*: como “las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel del sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención de curadores profesionales, aún cuando estos puedan ser referencia de esta actividad” [...] (Menéndez, 2003,p.198), en este sentido, la auto atención implica decidir la auto prescripción y el uso del tratamiento de forma autónoma.

Romani (1997) explica que existen tres niveles en que opera la autoatención: “la primer forma tiene que ver con la implicación del individuo afectado y su grupo

¹⁸ Médicos, psicólogos, psiquiatras

¹⁹ Medicinas tradicionales y alternativas

primario, el segundo supone la existencia de algún tipo de especialistas, como chamanes, curanderos o médicos y el tercero implica además de la existencia de instituciones más o menos especializadas, como santuarios o centros ambulatorios” (Romani,1997,p.40).

En cuanto a la ayuda mutua y autogestión, tiene que ver con redes formales como organismos no gubernamentales o movimientos sociales. Por otro lado, la atención alternativa comprende de formas privadas y formas rituales como pueden ser las medicinas tradicionales, new age, o prácticas espirituales y religiosas. La atención médica profesional, constituye el núcleo de los sistemas convencionales de salud, contiene formas individuales que ofrecen servicios personales y formas comunitarias en el formato de servicios de sanidad o de salud pública.

Tener en cuenta la existencia de los modelos de atención a la salud, muestra que “la atención en materia de salud no tiene que ver solo con las prácticas terapéuticas, sino también con elementos culturales y procesos de comunicación para la toma de decisiones en la elección de actividades de rehabilitación, de prevención y promoción de la salud, que se ofrecen tanto a nivel personal como a un nivel social-comunitario, como corresponde a la intervención en políticas de salud y actividades de saneamiento” (Haro,2000,p.103)

Conocer cómo se integra y funciona un sistema de salud, es fundamental en el reconocimiento de elementos culturales inmersos en prácticas terapéuticas. “La amplitud del repertorio de estrategias de salud responde a la heterogeneidad cultural que prevalece en la población, hace propicia la competencia entre los diversos servicios, especialistas y terapeutas” (Saavedra & Berenzón,2014,p.24).

3.5. Estudios sobre trayectorias de atención, en el consumo de alcohol y drogas

Las trayectorias de atención permiten identificar los mecanismos para atender la adherencia al tratamiento por consumo de drogas, así como las experiencias suscitadas en el proceso de búsqueda de atención. En el estudio de Redko et al. (2007) realizado en un grupo de usuarios de drogas que acudían a tratamiento en una ciudad del este de los Estados Unidos, se abordan las trayectorias de atención

de usuarios con alta y baja adherencia en el tratamiento. Se compararon las narrativas de 20 usuarios que tuvieron adherencia al tratamiento contra 16 usuarios que no la tuvieron. Respecto al grupo de quienes sí tuvieron adherencia al tratamiento, se identificó que aun cuando seguían consumiendo antes de entrar, todos mostraron mayor disponibilidad de continuar su tratamiento, involucrándose más en él. En cuanto a las experiencias referidas para quienes no tuvieron adherencia al tratamiento, se identificó que se abstuvieron de consumir previamente, asumieron poca disponibilidad de continuar el tratamiento además tuvieron experiencias negativas previas en Alcohólicos Anónimos o tratamientos relacionados, señalan que algunas de las experiencias negativas durante los tratamientos previos, tienen que ver con que no se cubrieron las expectativas de atención de los usuarios. Por otra parte, los autores reportaron las dificultades que se tiene al regresar a la comunidad después de estar bajo un ambiente protegido como en un tratamiento residencial, mencionaron que los participantes no podían dejar de usar drogas o estar sobrios debido a la incoherencia de los testimonios de los miembros de AA en el que muchos continúan expresando su deseo de consumir drogas, además, manifestaron que en AA se fomenta que la sobriedad solo se puede alcanzar si el usuario acude a las reuniones de manera continua, para algunas personas acudir a las reuniones representa dejar de desarrollar sus actividades laborales, por lo que las reuniones son percibidas como algo negativo.

A manera de resumen, se entiende que para recuperar la subjetividad de las personas que acuden a centros especializados en adicciones, la estrategia narrativa es la que permite conocer la dimensión sentida de la persona durante el proceso de búsqueda de atención, asimismo, proporciona datos concretos sobre el contexto y el tiempo en que están ocurriendo los hechos.

En el capítulo siguiente, se desarrolla el método y el procedimiento que se llevó a cabo para realización del trabajo de campo, así como para la aplicación de una entrevista semi estructurada que explora las experiencias de las personas que acuden a tratamiento por el consumo de alcohol y drogas.

Capítulo 4. Método

4.1 Planteamiento del problema

En los últimos años, la problemática del abuso de sustancias ha sido controversial. Si bien es cierto que las implicaciones del abuso en el consumo están ampliamente documentadas en la literatura internacional, también se ha mantenido una tendencia social hacia la criminalización de quienes las consumen. Por ejemplo, en Estados Unidos cada vez es más frecuente que la problemática se aborde más en términos legales, sancionando a los consumidores (Volkow,2017). La atención tardía a los problemas del abuso de drogas, constituye una de las principales problemáticas relacionadas a la salud mental que afectan a la población mexicana (Medina-Mora et al., 2003). En México existe una brecha significativa en el uso de servicios y atención para los trastornos mentales y el consumo de sustancias, el tiempo promedio que transcurre para que un usuario de drogas reciba atención es de cuatro años, mientras que, para el consumo de alcohol, esta cifra se duplica (Borges et al., 2007).

Las investigaciones internacionales han documentado que el estigma y la discriminación constituyen una de las principales barreras para la atención en el ámbito de las adicciones (Room,2005; Kulesza et al.,2014;). Actitudes como la exclusión, negación de la atención y rechazo relacionado al consumo de drogas, fueron algunas de las experiencias referidas por los usuarios de ambos sexos durante el camino en la búsqueda de atención (Redko et al., 2007; Gueta, 2017).

Asimismo, se ha reportado en la investigación que el estigma y la discriminación no solo provienen de la población general, sino también del personal de salud que labora en el ámbito de atención en esta área (Ford, 2011; van Boekel et al., 2013) de ahí el interés por plantear el estudio en los centros de atención, ya que el problema se agudiza, cuando estos prejuicios y estereotipos provienen de los servicios que brindan atención a estos problemas.

En América Latina han comenzado a surgir algunos estudios en torno a estos temas en el ámbito de la salud mental y particularmente en las adicciones, lo que sugiere una oportunidad de investigación para toda la región (Sapag et al., 2017).

Por ejemplo. En México la investigación aún es muy incipiente, existe un estudio en la Ciudad de México, de carácter cualitativo basado en los testimonios de 35 informantes (usuarios de alcohol y drogas, familiares así como de profesionales de la salud) y entre los principales hallazgos destacó que las actitudes estigmatizantes y las prácticas discriminatorias más comunes hacía los usuarios de drogas tienen que ver con la indiferencia, el rechazo, el distanciamiento, la sobreprotección, los abusos físicos y psicológicos, de acuerdo con los testimonios del personal de salud, usuarios y familiares de consumidores de drogas que fueron entrevistados. Estas acciones provienen de distintos sectores, principalmente la familia, los profesionales de la salud, de los medios de comunicación y en el caso de los consumidores de drogas también de los lugares de atención (Mora-Rios et al.,2017).

Por el interés de indagar acerca de las experiencias de estigma y discriminación en usuarios de drogas durante sus trayectorias de búsqueda de atención a estos problemas, se planteó el presente estudio, para generar conocimiento en torno a estos temas, a fin de proponer acciones para reducir las barreras de atención al consumo de drogas desde un enfoque de salud y derechos humanos.

4.2 Objetivo General

Explorar desde la perspectiva de los usuarios de drogas que acuden a dos centros especializados en adicciones, cuál ha sido su trayectoria de atención frente al abuso de sustancias, así como identificar si en este proceso refieren actitudes estigmatizantes y/o prácticas de discriminación.

4.2.1 Objetivos Específicos

1. Indagar acerca de las atribuciones, patrón de consumo y consecuencias a nivel individual, familiar y social, explorando las razones de los participantes para dejar de consumir sustancias.
2. Conocer cuál es el camino o trayectoria que han seguido los participantes para reducir su consumo de alcohol y/o drogas.
3. Identificar la presencia actitudes estigmatizantes, así como prácticas discriminatorias durante la trayectoria de búsqueda atención al abuso de sustancias identificando las fuentes de quienes provienen.

4. Indagar acerca del impacto del estigma y la discriminación en los usuarios de alcohol y drogas, identificando si la internalización del estigma es parte de dichas experiencias
5. Identificar las recomendaciones de los usuarios para reducir el estigma y discriminación.

4.3 Tipo de estudio

Se llevó a cabo un estudio cualitativo y exploratorio. Se dividió en dos fases. La primera fase, consistió en el acercamiento a la población de estudio a fin de explorar la pertinencia de los temas de estudio y estrategias metodológicas de abordaje. Durante la segunda fase, se realizó el análisis cualitativo de las entrevistas las cuales fueron audio grabadas y transcritas con la autorización de los participantes.

4.4 Participantes

El estudio se realizó en dos centros especializados en la atención de alcohol y drogas públicos, ubicados en la zona centro y sur de la Ciudad de México en los que previamente se solicitó la colaboración de las autoridades para llevar a cabo la investigación, una vez obtenida se procedió al levantamiento de la información. Se empleó un muestreo por conveniencia con base en los siguientes criterios que se especifican a continuación:

Criterios de inclusión

- Usuarios en tratamiento ambulatorio
- 18 a 65 años de edad,
- Cualquier genero
- Abuso en el consumo de alcohol y drogas (monousuarios y/o poliusuarios)
- Consumo activo de sustancias en los últimos 12 meses previos a la entrevista
- Al menos dos intentos de tratamientos previos.
- Colaboración voluntaria para participar en el estudio

Criterios de exclusión

- Usuarios en servicios de urgencias y desintoxicación
- Menores de 18 años de edad
- Personas con daño orgánico que les impidiera participar en la entrevista,

- Que se encuentren inestables o bajo los efectos de alguna sustancia
- Personas que acuden al centro de atención bajo cualquier tipo de confinamiento involuntario.

El contacto con los participantes del estudio fue a través de los médicos y psicólogos tratantes de cada uno de los centros, los cuales informaban a los posibles participantes acerca de un estudio que se estaba realizando. En ese momento me presentaban como el investigador responsable y una vez efectuado el contacto, les hacía la invitación para participar en el estudio, explicándoles el objetivo del mismo. Hubo dificultades para poder acceder a las informantes mujeres, se implementó una estrategia para poder contactarlas en uno de los centros, a través de talleres psicoeducativos que se impartían en dichos espacios, en los que sólo participaban mujeres, a quienes se les invitó a participar en el estudio. Hubo varios intentos por realizar las entrevistas, algunas no se lograron porque no tenían tiempo o no llegaban a las entrevistas previamente agendadas.

En total se invitó a veinticinco participantes, doce mujeres y trece hombres, de los cuales fueron doce quienes aceptaron participar, siendo tres mujeres y nueve hombres. Al final solo se incorporaron los testimonios de siete informantes, cinco participantes quedaron descartados ya que aun cuando cumplían con los criterios de inclusión, en el desarrollo de la entrevista se observó que algunos no contaban con la experiencia de atención, o estaban medicados al momento de la entrevista, por lo que se decidió elegir solamente aquellos que aportaban información relacionada con los temas de estudio.

También hubo personas que no se interesaron en participar en el estudio, entre las razones expresadas mencionaron que no contaban con el tiempo suficiente; o bien agendaban citas y no acudían; se encontraban medicados o simplemente decidieron no participar por falta de interés en el tema.

En la tabla 4, se muestran algunas características de los participantes, a los cuales se les asignó un pseudónimo, el cual fue elegido por ellos mismos o bien por el investigador a fin de proteger la identidad de los participantes.

Tabla.4 Características de los participantes.

Participante	Edad	Estado civil	Escolaridad	Sector de ocupación
“Ezequiel”	27	Sin pareja	Cursando licenciatura	Estudiante/artesano
“Selene”	48	Sin pareja	Secundaria	Comerciante de zapatos / fotógrafa
“Toy”	41	Con pareja	Preparatoria trunca	Comerciante de autopartes
“Jhony”	62	Sin pareja	Licenciatura trunca	Comerciante
“Jack”	44	Sin pareja	Secundaria	Personal de mantenimiento
“Clara”	35	Sin pareja	Preparatoria	Desempleada
“Martha”	35	Sin pareja	Licenciatura trunca	Desempleada

4.5 Estrategia de recolección de la información

Se diseñó una guía de entrevista en la cual se abordan cinco temáticas fundamentales con los participantes:

- 1) El usuario y su contexto individual, familiar y social,
- 2) Historia del consumo de drogas y consecuencias en el usuario y su familia,
- 3) Trayectorias de atención para el consumo de drogas del usuario,
- 4) Experiencias de estigma y discriminación durante el tratamiento,
- 5) Recomendaciones del participante para reducir el estigma y mejorar la calidad de la atención.

4.6 Contextualizando los centros de atención en adicciones

A continuación, se describe el contexto sociohistórico de los centros de atención públicos donde se desarrolla la investigación, así como las actividades realizadas en cada uno de ellos.

Centro 1

El centro de atención, se ubica en una de las zonas más emblemáticas de la Ciudad de México. Alrededor del centro de atención se encuentra un Hospital General, diferentes tipos de museos, edificaciones consideradas patrimonio de la humanidad, así como un bachillerato universitario. La persona que solicita atención debe acudir

de manera voluntaria y con el deseo de recibir un tratamiento integral, para atender su abuso en el consumo de alcohol. Atiende a mujeres y hombres mayores de 16 años de edad, los que deben acudir, sin estar bajo los efectos del alcohol u otras drogas. En el centro de atención, se prestan los siguientes servicios:

A) Preconsulta: atiende usuarios de primera vez de manera presencial, el personal médico o psiquiatra determinan si la persona requiere atención en esta institución o informará si amerita la atención en otra instancia de salud.

B) Trabajo social psiquiátrico: establece vínculos con otras instituciones asimismo elabora el diagnóstico de la situación socioeconómica del paciente.

C) Atención psicológica: incluye modalidad individual, grupal, familiar y de pareja. La psicoterapia individual busca esencialmente el mantenimiento del tratamiento, así como para la prevención de recaídas.

D) Psicoterapia grupal: tiene una cobertura tanto con los pacientes mujeres y hombres con consumo problemático de alcohol, así como con sus familiares, incluyendo esposas/os, madres, padres, hijos/as, adultos/as, codependientes. Existe un grupo de mujeres en situación de violencia, así como un grupo de jóvenes con consumo problemático de alcohol y drogas el cuál es mixto

E) Consulta psiquiátrica: brinda atención a personas con trastornos psiquiátricos asociados con el uso del alcohol, se pretende que el curso del padecimiento sea menos grave y con mayor probabilidad de recuperación. Se ha detectado que los familiares de personas con trastornos relacionados con el abuso del alcohol, también tiene una alta incidencia de trastornos psiquiátricos como depresión y ansiedad, por lo que igualmente se les brinda el servicio.

Centro 2

El centro de atención especializado en adicciones en el que se desarrollaron las entrevistas, está ubicado al sur de la Ciudad de México. Los servicios que ofrece este centro atención son consulta externa psicológica, consulta externa psiquiátrica, así como talleres psicoeducativos con perspectiva de género para los pacientes y para sus familiares. Asimismo, la atención en este centro es voluntaria, por lo que los pacientes deben acudir por su propia decisión, además deben presentarse sin haber consumido previamente alcohol u otro tipo de drogas. Uno de los criterios para tener el ingreso a consulta externa es que las personas abusen de sustancias incluidas alcohol. Además, reciben pacientes a partir de los trece años de edad, con previa autorización de sus padres o tutores. El procedimiento para ingresar a tratamiento en este centro de atención se da mediante la preconsulta, donde el personal de salud mental determina si la persona requiere atención en esta institución o bien informan si la persona amerita la atención en otra instancia de salud.

4.7 Procedimiento

Esta investigación fue revisada y aprobada por un comité de ética de investigación CEI/IC/028/2018 del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. El periodo de trabajo de campo inició en mayo de 2018 y finalizó en septiembre del mismo año. Fueron las autoridades de los centros de atención donde se llevó a cabo el estudio, quienes indicaron el procedimiento idóneo para acceder a los participantes y realizar las entrevistas, interviniendo lo menos posible en el proceso de atención de los usuarios, así como las actividades laborales de los centros.

En el primer centro se permaneció alrededor de ocho horas diarias, de lunes a viernes, en un consultorio asignado por las autoridades del mismo y se esperaba tener contacto con los participantes, quienes previamente habían sido invitados a participar en el estudio por los médicos y psicólogos tratantes. Una vez siendo invitados, los participantes tuvieron contacto con el investigador principal, en ese primer contacto se les explicaba en qué consistía el estudio, se enfatizó que era una

actividad de investigación independiente de su proceso de atención en el centro y que la calidad de atención es la misma decidiendo o no participar en el estudio. También se les explicó que podían abandonar su participación en cualquier momento que lo decidiera sin ninguna consecuencia en su tratamiento por lo que los participantes decidían si participaban o no, agendando con el investigador la fecha de su entrevista.

Una vez que el informante aceptó colaborar en el estudio, se solicitó su autorización, para facilitar el registro de la información, se grabaron las entrevistas en formato de audio (mp3) y se tomaron notas. Las entrevistas se llevaron a cabo por el investigador principal y tuvieron una duración aproximada de una hora y media, en algunas entrevistas se tuvieron que realizar por lo menos dos sesiones, las que se desarrollaron en días y horarios convenientes a la persona entrevistada de manera que está no interfiriera en sus consultas médicas o en su actividad laboral.

En ambos centros, se informó al entrevistado acerca de la confidencialidad de la información, se le explicó que podría elegir un seudónimo, el cual estaba asociado con los contenidos de su entrevista. Se les explicó a los participantes que la información quedará bajo resguardo del investigador principal por un periodo no mayor a cuatro años, este último, ofreció una dirección de contacto para responder cualquier duda con respecto a la participación del informante en el estudio y se le proporcionó una copia del consentimiento informado en caso de que hubiese cualquier inquietud relacionada con su participación.

Existieron ocasiones en que se permaneció en el centro en la fecha y hora establecidas, sin embargo, los participantes no llegaron. Cabe señalar que la población que acudía a ese primer centro de atención era mayoritariamente hombres por lo que se obtuvieron nueve entrevistas de participantes hombres y solo una entrevista de una participante mujer.

Acorde a lo planteado en los criterios de inclusión, se buscaba tener una muestra que diera cuenta tanto de las experiencias de atención de hombres y mujeres, por lo que, en el segundo centro de atención, se priorizó establecer contacto con

mujeres usuarias de drogas que acuden a tratamiento. En este segundo centro de atención, las autoridades propusieron al investigador principal que acudiera a los talleres específicos con población femenina y que la invitación la hiciera él de manera directa con ellas. Las autoridades de ambos centros ofrecieron el apoyo de los médicos y psicólogos tratantes para invitar a posibles participantes en el estudio, además de proporcionar un consultorio para realizar la entrevista de acuerdo a la programación de la misma.

En el segundo centro, el investigador principal no tuvo que cubrir un horario de ocho horas diarias, debido a que los talleres con población femenina sólo se realizaban una vez por semana, por lo que las participantes, al concluir el taller acordaban con el investigador principal la fecha y la hora de la entrevista. Asimismo, al igual que en el primer centro de atención, existieron ocasiones en que el investigador permaneció en el centro en la fecha y hora acordadas, sin embargo, las participantes no llegaron, empero, las participantes al ver al investigador dentro del centro, buscaban re agendar la entrevista, a fin de poder colaborar en el estudio.

A manera de incentivo por su colaboración, se les proporcionó a los participantes, información impresa sobre los temas de estudio (tríptico). Además, a los participantes que mostraron interés, se les brindó un listado con información sobre instituciones o lugares que atienden necesidades específicas como asesoría jurídica, capacitación laboral, cursos escolares o actividades recreativas y culturales.

- Tríptico “Cambiemos nuestra mirada...” Elaborado por el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz²⁰
- Listado de instituciones y lugares que proporcionan asesoría jurídica, capacitación laboral, cursos escolares y actividades culturales o recreativas en la Ciudad de México ²¹

Una vez concluidas las entrevistas, se brindó un informe preliminar de resultados generales, que les permita adoptar a las instituciones las medidas que consideren necesarias para mejorar la calidad de la atención. Asimismo, se ofreció una

²⁰ Se agrega la copia del tríptico en el apartado de anexos

²¹ Se agrega la lista de instituciones en el apartado de anexos

presentación general sobre los temas de estudio a los usuarios de los servicios y personal de salud, en caso de que los centros de atención lo autoricen. A fin de garantizar la confidencialidad de la información de los informantes, no se expusieron respuestas individuales que permitan su identificación, únicamente se mostraron temáticas generales.

4.8 Consideraciones éticas

Dado que el presente estudio se realizó en usuarios de alcohol y drogas de dos centros especializados en adicciones, se tomaron en consideración los principios éticos básicos en la investigación con seres humanos como es el *respeto por las personas*, *beneficencia* y *justicia* de acuerdo a las pautas del Consejo de Organizaciones Internacionales de Ciencias Médicas (CIOMS,2002) en cuanto a la normativa nacional, se fundamenta nuestra investigación en los artículos 13°,20°, 21° y 23° del *Reglamento de Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (RLGS)*. Esta propuesta de investigación fue sometida al Comité de Ética en Investigación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz CEI/IC/028/2018. En el apartado anexos se describen e integran los principios éticos mencionados con anterioridad.

4.9 Análisis cualitativo de la información

En este estudio existe el interés en obtener conocimiento en temas específicos relacionados con las trayectorias de atención para reducir el abuso en el consumo de sustancias, así como en las experiencias de estigma y discriminación, se siguió un procedimiento inductivo, basado en el análisis temático de las entrevistas en dónde se identificaron y analizaron patrones dentro de las narrativas de los participantes [...] (Braun & Clarke,2006). Previa autorización, se grabaron en audio las entrevistas y fueron transcritas por el investigador principal, cada una fue revisada individualmente. Se realizó un análisis temático que implicó examinar los datos por tema y se codificó para desarrollar su interpretación. En el contenido de las entrevistas se aclararon conceptos propuestos y emergieron nuevas categorías relacionadas a experiencias de estigma y discriminación en el consumo de drogas: violencia física dentro de los centros no regulados, así como

agresiones sexuales asociadas al género. Con el fin de facilitar la organización y los procesos de análisis, se utilizó el programa Atlas.ti.7.1 (Cincom systems,2013).

En el siguiente capítulo se muestran los hallazgos del estudio identificando los significados y atribuciones al consumo de sustancias, el patrón de consumo de los usuarios entrevistados e implicaciones del abuso en el consumo a nivel personal, familiar y social, para posteriormente focalizar la atención en las experiencias de estigma y discriminación durante las trayectorias de búsqueda de ayuda para hacer frente a las adicciones, aspectos centrales para esta investigación.

Capítulo 5. Resultados

El presente capítulo da cuenta de las experiencias de estigma y discriminación de los participantes durante las trayectorias de búsqueda de atención para su consumo de drogas. Se utilizaron pseudónimos, elegidos por ellos mismos a fin de resguardar su identidad y asegurar la confidencialidad de la información. En las narrativas se contextualiza a los informantes, a partir de las entrevistas realizadas, se hace una descripción breve de las características socioculturales, historia personal, atribuciones, patrones y consecuencias del consumo a nivel individual, familiar y social, además da cuenta de las razones que tuvieron para dejar de consumir sustancias. A continuación, se describen cada uno de los casos, con base en sus testimonios.

5.1 Narrativas de los participantes

1.- “Ezequiel”

Tiene 27 años de edad, nació al oriente de la Ciudad de México, actualmente vive en casa de su madre y estudia la carrera de comunicación. Menciona que empezó a consumir alcohol a la edad de catorce años “como de juego”, recuerda que la primera vez que bebió hasta “emborracharse” fue en compañía de sus amigos de la secundaria en una excursión a las trajineras en Xochimilco, además, en esa ocasión fumó marihuana por primera vez. Refiere que inició su consumo de manera ocasional, los viernes cada fin de semana, en compañía de sus amigos de la escuela, así como de la colonia donde vivía, luego, empezó a consumir los fines de semana completos, al poco tiempo, uno de sus amigos le invita a su casa a beber y fumar marihuana en compañía de otras personas, fue así como pasó del consumo ocasional a consumir diario como lo expresa a continuación.

Mis amigos de ahí donde vivía ya fumaban, ya tomaban, unos ya se drogaban, pero yo no era tan seguido [...]. Era de ley cada fin de semana, viernes, sábado y domingo, el papá de uno de mis amigos, tenía una casa, todos los días había alguien tomando ahí, diario podía llegar de la escuela o no ir, y meterme ahí a la casa, en la casa siempre había gente tomando, unas chelas, mezcal, fumando y drogándose. [...] Entonces ya de ahí fue que ya empecé como más a tomar, como más sin control, bueno no sin control, pero ya más

seguido, ya al punto de emborracharme, ya de vomitar, ya más frecuencia.

A la edad de diecisiete años es cuando sus padres se enteran que “Ezequiel” comienza a consumir otras sustancias como inhalables, LSD, tachas, “piedra” (crack), motivo por el cual, lo envían a terapia psicológica, la psicóloga del centro educativo hace la recomendación de referir a “Ezequiel” a una “clínica de rehabilitación”, razón por la cual sus padres deciden llevarlo de manera involuntaria, como lo menciona a continuación:

Como a los “diecisiete” fue que me anexan por primera vez, y ahí estuve cuatro veces, así tres meses, salía, y otra vez volvía a consumir, me volvían a anexar y así nos aventamos como un año y medio, hasta que yo decido, ya salirme ahí de la casa, pues ellos me iban a seguir anexando, entonces ahí es cuando me voy a rentar solo [...].

Para “Ezequiel” su consumo ha tenido consecuencia a nivel familiar, él atribuye la separación de sus padres como una consecuencia de su consumo. En dos ocasiones sus padres decidieron cambiarse de casa - buscando un ambiente distinto- para que él no vagará por la colonia, ya que, sentía que sus padres “se avergonzaban de él con los vecinos”

Menciona que ha tenido algunos periodos de abstinencia de solo algunas sustancias, los que han oscilado entre una y tres semanas, estas decisiones de dejar de consumir son tomadas por él mismo para que “su madre se sienta con mayor tranquilidad”.

Uno toma la decisión, tratando de relajar el entorno familiar, yo vivo con mi madre y quiero que ella éste más tranquila [...] dejar de consumir tal vez no, pero reducir si, dejar por temporadas ciertas sustancias, cuando dejo de tomar, me digo “me la voy a aventar así por lo menos una semana, dos semanas, un mes sin tomar, dejar de drogarme pues un rato, o sea unos días por lo menos [...]

Ahora de 27 años, “Ezequiel” expresa que en diez años que ha consumido sustancias “siente como su salud se va deteriorando y ahora le preocupa cuidar de ella”, motivo por el que él decide por iniciativa propia buscar tratamiento en un centro de atención en adicciones, lugar en el que fue entrevistado, siendo la primera vez que él recibe un tratamiento especializado.

2.- “Selene”

Cuenta con 48 años, es comerciante y vive en el Estado de México con su hijo de veintisiete años. Ella es la mayor de tres hermanos y su familia se muda a la Ciudad de México cuando ella tenía cinco. Su consumo del alcohol lo inicia al cumplir los quince años, ella lo atribuye al hecho de trata ser diferente a las demás niñas, porque se identificaba más en los juegos con los niños.

Refiere que, al terminar la secundaria con diecisiete años de edad empieza a trabajar en una empresa y en ese periodo inicia su consumo de tequila, lo compraba por litro, para ella era una forma de relacionarse con su padre a quién refiere como “alcohólico”, a través del consumo de alcohol ella buscaba sentirse aceptada por él “como ese hijo que tanto él deseaba, el varón primogénito que no llegó”. Comenta que una de las consecuencias directas por su consumo excesivo de alcohol fue que, a la edad de dieciocho años, como producto de una “borrachera” y después de ausentarse constantemente de su casa, queda embarazada. Con el padre de su hijo solo tuvo contacto durante dos meses, sin embargo, nunca hubo una relación como tal y jamás lo volvió a ver, no obstante, ella decide tener a su hijo. A los seis meses de estar embarazada, conoce a “Pablo” quién fue su pareja durante cuatro años, reconociendo y dando el apellido a su hijo. “Selene”, al decidir tener a su hijo disminuye su consumo de alcohol durante tres años aproximadamente, sin embargo, refiere que su consumo más problemático inicia en el año de 1996, después de separarse de su pareja, ya que menciona que tuvo una relación conflictiva, desde su opinión, la mantenía en constante conflicto como lo manifiesta en lo siguiente:

Yo empecé a beber más después de que me separo de “Pablo” empiezan las altas y bajas en el matrimonio y me desestabiliza completamente, y mi único refugio es el alcohol, pero nada más de noche, de día procuraba trabajar.

Tuve mucho apego con “Pablo” tanta codependencia con él, que hice hasta lo indecible, horrible, ¡cuánto me arrastré para poder estar con ese hombre! y a la vez embrutecerme tomar y tomar, para tener aceptación, pero más que nada para no sentir la sensación que siento: de esposa, me vuelvo la amante, la prostituta, lo busqué, me humillé dije, hice, ayudada por alcohol. Entonces, cuando yo me

separo de él, no sé de dónde agarre fuerzas, me separo, me voy a rentar y ahora si, empieza la vida, a vivir en serio.

A partir de entonces, para “Selene”, aceptar que tiene problemas con su forma de beber ha sido un arduo trabajo para reconocerlo, menciona que desde el mes de febrero de 2018 ha dejado de beber por lo que siente que no consumir alcohol “es una angustia tremenda porque sin fumar y sin beber es muy difícil para ella”. Del mismo modo señala que tiene otras problemáticas que han hecho que su salud física y mental no sean optimas, como lo manifiesta a continuación:

Mi hijo de 27 años, se metió al narcotráfico, lo siguieron, le pusieron precio a su cabeza, nos hemos tenido que cambiar de una casa a otra, cambiado de allá para acá. Es una angustia tremenda el saber que nos van a encontrar o que van a encontrar a mi hijo, es una ansiedad tremenda, una desesperación y lo único que me calma es beber, ya últimamente no puedo dormir, me he quitado el sueño ...

Durante la entrevista, “Selene” menciona que tiene alrededor de dos meses sin beber alcohol, en ocasiones regresa su deseo de beber y fumar, sin embargo, desde que ella encontró ayuda en el centro de tratamiento donde recibe consulta externa y cursos psicoeducativos, “ha comenzado a tomar en serio las cosas, aceptando el apoyo que le ofrece la institución, generando el deseo que su vida mejore”.

3.- “Toy”

De 41 años de edad, es originario del Estado de México, radica en la ciudad desde hace veinte años. Es comerciante de autopartes, vive con su esposa y dos hijos varones. Menciona que su consumo de alcohol inició cuando iba en la secundaria a la edad de trece años, recuerda que sus amigos de la escuela organizaban “lunadas” en las que solían beber y fue así que tuvo su primera “borrachera” al ingerir tres cervezas. Refiere que el consumo de alcohol tuvo un impacto sustancial en su vida escolar, ya que no pudo obtener su certificado de preparatoria, como lo menciona a continuación:

Gracias al alcohol, no me entregaron mis papeles de la preparatoria porque yo faltaba mucho, yo me presentaba a la escuela pero a la hora del receso me salía a tomar y ya no regresaba a las clases siguientes, muchas veces tomé con mis profesores, mis profesores acordaron que las faltas me la iban a pasar, pero hubo una subdirectora que ella se opuso a que me entregarán mis papeles,

sino ella iba a denunciar a mis profesores y pues se echaron para atrás y al último no me entregaron mis papeles.

“Toy” actualmente acepta que tiene problemas con su manera de beber, refiriendo que tanto sus patrones de consumo como de comportamiento se dan de la siguiente forma:

Cuando yo empiezo, por lo regular empiezo con los compañeros de trabajo [...] entonces como nos conocemos echamos una chelitas, mandamos por una botella o vamos por una botella, posteriormente ahí empiezo o termino en mi casa, ya cerrando a las seis de la tarde, ya me voy a la casa y me pongo yo a ingerir, por lo regular, cuando es así, ingiero toda la noche y la mayoría del día siguiente, nada más son dos días, no más [...].

Comentó que, a los 21 años de edad, inicia su consumo de drogas, entre ellas: inhalables - thinner, activo-, marihuana, cocaína y crack. En ese periodo “Toy” acostumbraba beber alcohol por lo menos tres veces a la semana: “el lunes uno se la cura, si bebes el sábado y el domingo, por ahí del miércoles al viernes unas chelitas o algo y ya para el sábado otra vez algo fuerte [...]”.

Asimismo, su forma de beber de alcohol ha tenido repercusiones directas en el ámbito laboral, él relata que ha perdido empleos por estar ingiriendo alcohol durante la jornada de trabajo:

Trabajé en una iglesia, ese fue mi trabajo, y me despidieron, llegué, se me olvidó tocar las campanas, perdí la noción del tiempo, había una misa y no las toqué y regresé borracho a la iglesia cuando había una misa, ese fue mi primer y trabajo, posteriormente en mi otro trabajo, yo ya tomaba en el trabajo, ya me llevaba la botella al trabajo y pues me dijeron “o renuncias y te damos algo de dinero o te corremos por estar tomando aquí y no te damos nada” y renuncié [...].

En cuanto a sus relaciones familiares, narra que hace diez años se divorció de su primera esposa, ella lo demandó para obtener la custodia de su hijo y ahora él paga una pensión mensual:

Con mi primera señora, tuve un hijo y por mi alcoholismo, perdí la casa, perdí a mi hijo y perdí a mi señora. Tuvimos una demanda, la demandé, ella se quedó con el niño, estoy pagando una pensión, ahora, me junté con otra persona, ya no quiero que me vuelva a pasar lo mismo, entonces esto me llevo a que yo me, este haciendo

algo por mi vida, y este pidiendo la ayuda en los centros de adicciones

Menciona que, desde los dieciséis años de edad, ha tenido diversos periodos de abstinencia en su consumo de alcohol, siempre por iniciativa propia, sin embargo, al iniciar el año 2018 decide dejar de beber e incorporarse a un tratamiento especializado.

4.- “Jhony”

Tiene 61 años de edad, nativo del Distrito Federal. Desde hace tres años vive separado de su esposa con la que tuvo tres hijos. Actualmente es comerciante en una de las zonas más concurridas de la Ciudad de México. Menciona que, a raíz de experimentar artritis reumatoide, dicha enfermedad le paraliza las extremidades inferiores del cuerpo, él empieza a sentir una frustración muy grande al no poder trabajar y ser el proveedor de su familia, esta situación lo llevó a una depresión en la que él buscaba morirse, como relata a continuación:

Me quedé inmóvil de la cintura para abajo, no hubo movimiento, no me podía mover, las articulaciones también me costaron mucho trabajo, entonces, como no me podía mover, sentía que era una carga para la familia, yo me sentía el proveedor del ahorro. Eso me deprimió y me quise matar, le dije a mi esposa que agarrará una almohada y se sentará sobre mi cara, pero ella no quiso, cuando ya tuve más movimiento me paraba con trabajos, y agarraba... tengo un revolver 3.57 magnum, le metía una bala y le daba vueltas al cilindro y me disparaba, pero nunca salió la bala [...]

“Jhony” inicio a su consumo de alcohol durante la etapa en la que tenía depresión, a la edad de 33 años, menciona que un “compañero de la policía judicial”, le invito una copa “se sintió bien, bebió otra, y se le olvidó su enfermedad [...]”. En el periodo de un año y medio su patrón de consumo cambio de beber algunos días a la semana, a beber diariamente durante todo el día. Una de las consecuencias que ha tenido el consumo de alcohol en su vida se refleja en el ámbito laboral, durante la temporada en la que bebía diario, comenzó a perder sus “puestos de mercancía”, lo que significó para él pérdidas económicas además su consumo se presenta de

manera crónica, comienza a relacionarse con “compañeros del escuadrón²²”, como describe en la siguiente narrativa.

“Cuando entro de comerciante tomaba, pero en la mañana, me apuraba, trabajaba y en la tarde ya tomaba, el proceso fue de estar tomando en el día, llegar a la casa y seguir bebiendo, el verdadero proceso fue cuando voy perdiendo los puestos, tomaba de día y de noche[...] yo siempre me daba cuenta que cuando tenía que enfrentar una cosa, me daba la frustración de la enfermedad, como ya no iba a trabajar, me sirvió para alcoholizarme [...]”. “Empecé un proceso de alcoholismo más fuerte, empecé a tomar diario, día y noche, entonces ya me empecé a juntar con los compañeros del escuadrón ahí en la mañana, me juntaba con ellos, pasaba a la vinatería, me compraba tres botellas y seguía tomando, ya no vine acá (centro de atención) ya no sabía si era de día o de noche, ya no comía, tenía que comer en el momento que lo apetecía, sino, no comía en varios días[...]

En cuanto a las consecuencias que ha tenido el consumo de alcohol en sus relaciones familiares, destaca la relación con su esposa, quién lo ha apoyado en sus momentos de consumo más crítico, así como en la búsqueda de tratamiento, sin embargo, a través de los años ella decide separarse de él, situación que lo obliga a vivir solo y hacerse cargo de su propia vida, como lo relata a continuación:

La última vez que bebí, no quería dejar de tomar, tenía, tres botellas, me las tomaba como si fuera agua, en dos tragos, me volví a acostar, me desperté como a la una, me tome una cuba, y dije me voy a bañar... Me dice mi esposa, “sabes qué, si no buscamos la ayuda, me voy a tener que ir con mis hijos”. [...]Tuve que aceptar cuando me dice mi esposa: “ya no te quiero”, el psicólogo le dijo, ya no lo quieres, a él, tú estás enamorada de otro, del que fue. Ella me dice: “si ya no me quieres” ¿para qué estamos juntos?

“Jhony” señala que desde aproximadamente veinte años ha intentado dejar de beber, recurriendo a juramentos, centros de atención especializados, grupos de autoayuda, anexos, brujería, talleres de educación emocional, así como practicar una religión.

Desde hace doce años, “Jhony” ha podido mantenerse sin consumir alcohol, por lo que ha tenido que continuar asistiendo al grupo de alcohólicos anónimos en el

²² Cuando las personas que usan alcohol o drogas mencionan al “escuadrón de la muerte”, hacen referencia a un grupo de personas de la misma comunidad que se reúnen, afuera de una tienda o al pie de la banqueta para consumir alcohol y drogas durante un periodo continuo de tiempo.

que es miembro fundador, así como en el centro especializado donde fue entrevistado.

5.- “Jack”

Originario de la Ciudad de México, creció en la zona comercial más grande de la ciudad, proviene de una familia de gran tradición de esa zona y tiene 44 años de edad. Es divorciado, tiene dos hijas de 21 y 19 años respectivamente. Actualmente, vive solo en su departamento, y trabaja realizando labores de mantenimiento. Su consumo de alcohol inicia a la edad de catorce años con una copa de alcohol, en una fiesta familiar, refiere que al principio “tenía sentimientos de libertad, no sentía prejuicios y se desinhibía [...]”. Conforme fue pasando el tiempo, tiene contacto con otro tipo de drogas: cocaína, mariguana, crack “piedra”, alcohol del 96° y “tonayas”.

Cuando según yo tenía un poquito más edad, ya era más tolerable la familia, mi mamá, inclusive mis tíos que me permitían luego tomar una copa, nunca me enseñaron ni como tomarlo, consumir alcohol en general me hacía sentir bien, pero luego llegaron las sustancias, la cocaína, lo probé, me gustó, me agradó. Probé la mariguana, no me gustó en un principio, lo consumí muy poco, pero después de ese periodo de alcohol- cocaína, hubo un periodo de ocho años y luego ya fue el consumo de la cocaína base o la piedra, ahí fue donde yo me empecé a hundir más en el vicio de la cocaína [...] fui consumiendo más a tal grado del consumo que a veces consumía hasta cinco gramos diarios, lo mínimo, ya con tal de calmar la obsesión, la compulsión, eran cuatro, cinco puntos, ya lo vendían por puntos²³ y lo consumían, y sin embargo me dejaban más atorado, era el consumo de la piedra con el alcohol.

Menciona que tuvo acceso a la “piedra” en el año 2008 al momento de conocer a su “padre”, su “papá” le enseñó a cocinar la cocaína en polvo y al tiempo ya consumían juntos, pasó un periodo corto de tiempo para que él acudiera solo a los puntos de venta. Su periodo de mayor consumo de cocaína base y alcohol fue de siete años, teniendo un deterioro físico muy grande, “estaba muy delgado y demacrado”.

²³ En el argot de personas que usan drogas, un punto representa una dosis mínima de cocaína en polvo.

A pesar que durante toda su etapa de consumo siempre tuvo el apoyo de su familia, una de las principales consecuencias de éste ha sido tener que separarse de su esposa e hijas, como refiere a continuación:

Mii familia ya no me creía, ya había perdido a mi esposa, mis hijas, mi mamá ya había fallecido, mi papa también a pesar de que no conviví mucho con él. Entonces yo solo en mi departamento, mi familia lo que son mis tías, mis tíos, mis primos, mi abuelita, me seguían apoyando, me seguían ayudando, seguían buscando la forma de poderme ayudar, pero no lo veía, hasta que ya por necesidad tuve que buscar la ayuda. Fue algo que me convenció, las consecuencias de mi adicción, fue lo que me orilló y tuve la necesidad de buscar ayuda, porque no podía para de consumir, quería, pero no podía, necesitaba a fuerza la ayuda de alguien”.

A la edad 35 años, comienza su trayectoria de ingreso a centros no regulados de adicciones, siendo llevado por su familia de manera involuntaria en varias ocasiones. “Jack” menciona haber ingresado a centros cristianos, así como a una fundación, sin embargo, estos no le funcionaron. En su desesperación por dejar de consumir, decide buscar ayuda por iniciativa propia, entonces acude a Drogadictos Anónimos de manera voluntaria (hace tres años), logrando dejar de consumir sustancias ilegales y alcohol, como lo relata a continuación:

Yo ya no podía dejar de consumir, ya no, reconocí en el momento que tuve la necesidad, de decir, es que yo no puedo parar necesito ayuda a fuerza, ya lo había intentado con los alcohólicos, en los anexos, ya me habían llevado en contra de mi voluntad, no me funcionó, los golpes no me funcionaron, palabras altisonantes, groserías, prosaicas y lo que sea, no me funcionaron, o a lo mejor estaba muy inconsciente o muy indolente, no lo sé, pero sentía que no me funcionaban. Ya quería, ya había esos ligeros momentos de dejar de consumir que sabía que me estaba equivocando, para lamentablemente para mí, tuve que pasar años para darme cuenta de que eché a perder mucho tiempo de mi vida.

“Jack” menciona que, desde hace tres años, la forma en que ha podido mantenerse sin consumir es mediante su asistencia al grupo de Drogadictos Anónimos, así como a través de tomar medicamento controlado como parte de su tratamiento farmacológico, el que es prescrito por su médico psiquiatría durante sus consultas en el centro de tratamiento que acude regularmente, lugar donde fue entrevistado.

6.- “Martha”²⁴

Originaria de la Ciudad de México, tiene 35 años de edad, es madre de dos niñas de cinco y ocho años respectivamente. Menciona que regresó a vivir a la Ciudad de México desde hace cinco meses debido al clima de violencia que existía en la ciudad de Manzanillo, Colima, lugar dónde radicó los últimos dos años. Refiere que recibió mucho maltrato por parte de su pareja y ahora se encuentra separada de él, por lo que decidió mudarse a casa de su madre donde ella dice “el ambiente acá es diferente, menos estresante y con menos violencia”.

Martha comenzó a beber alcohol a la edad de nueve años, debido a que era “muy normal ver a toda su familia en las reuniones bebiendo sin control”. Fue durante la primera comunión de su prima que empezó a beber porque le generó mucha curiosidad hacerlo. A la edad de 15 años es cuando comienza a beber de manera habitual, en el periodo final de la secundaria e inicios de la preparatoria, menciona que llenaba sus cantimploras con tequila y las bebía durante el horario de clases además tenía una enfermedad en los pies, lo que imposibilitó el acceso a la escuela que ella quería entrar.

En el periodo en que ella cursa la preparatoria, “bebía cada fin de semana, siempre buscando el estado de embriaguez”. Fumó marihuana por primera vez a la edad de diecisiete años aproximadamente, sin embargo, cuenta que no le gustó, porque “la combinación de alcohol con marihuana es horrible y tienes experiencias desagradables”, sin embargo, continuó consumiendo alcohol.

Debido a que su mamá se da cuenta que ella bebe alcohol a escondidas y de manera regular, a la edad de diecisiete años, “Martha” asiste por primera vez a un grupo de cuarto y quinto paso de alcohólicos anónimos, por invitación directa de su madre quién acude de manera regular a la agrupación.

Me aislé, y empecé a beber como dicen, alcohólico de buró, y empecé a beber yo sola, en mi recámara y me empecé a esconder

²⁴ El caso de Martha es muy representativo en el tema de las mujeres por lo que la información que arroja su narrativa, trayectoria de atención, así como las experiencias de violencias, estigma y discriminación hacía ella, hacen que sea una informante clave. En el apartado anexo se agrega el caso completo.

eso, obviamente mi mamá, tanto tiempo bebiendo, se daba cuenta, me dice, vamos al grupo, te invito, no sé qué.

Asimismo, “Martha” narra como la mayoría de su familia materna, ha formado parte de una agrupación de cuarto y quinto paso, logrando el objetivo de abstenerse en el consumo de alcohol.

Toda mi familia es alcohólica, mi mama es alcohólica, mis abuelos, mis tíos, todos, entonces, unos de los vecinos, invita a mi abuela, a vivir la... es como un retiro de AA, se llama cuarto y quinto paso, entonces la invita a ella a vivir la experiencia y después, ella va porque quería atender a uno de sus hijos que ya estaba muy mal por el alcohol. Entonces, va, mi abuela, regresa, y se llevan a ese tío y empezó la cadenita, mi tío, luego mi otro tío, y así sucesivamente, lo que me llamó la atención fue que ellos dejaron de beber de la noche a la mañana, dije ¡órale, no, que chido!

Durante la etapa Universitaria a la edad de 19 años, comienza a ir a “fiestas rave”²⁵, en esos espacios es donde conoce la cocaína, el MDMA y LSD, aludiendo su preferencia por la cocaína, alcohol y las tachas.

[...]En los raves, me daban los micro puntos -LSD-, pero no, nunca los probé, porque yo veía como era la reacción, y yo no quería tanto, no, ósea era así como que bajito, entonces no probé los micro puntos. Me quede con la cocaína, con las tachas.

Teniendo 21 años de edad, se muda con su mamá al estado de Tabasco, para laborar desarrollando proyectos en una Plataforma de PEMEX, durante un periodo de dos años estuvo consumiendo cocaína y marihuana de manera frecuente:

Yo le ayudaba a mi mamá en los proyectos que tenía, hacia los manuales, entonces eran jornadas muy largas y a veces no dormíamos, entrar a los complejos y las botas con esa cosa de metal, los pies terminaban casi, casi sangrando, entonces, eso mismo me hizo seguir con la droga, con la cocaína para estar despierta y la mariguana, después para bajar, tantito, después, el cansancio, después, el fin de semana, cuando ya no teníamos mucha chamba, entonces, ya bajábamos un poquito el ritmo y ahí es cuando empezaba a consumir mariguana.

En el periodo que vivió en Tabasco, “Martha” acudía regularmente a reuniones de cuarto y quinto paso, refiere, que consumía de manera frecuente y cuando

²⁵ Son fiestas de música electrónica que tienen una duración de hasta de 48 horas, se realizan en espacios abiertos como fábricas, bodegas, clubes deportivos o al aire libre, como bosques y playas.

acudía a las reuniones dejaba de consumir. Este periodo es de suma importancia, ya que ella conoce a otro miembro del grupo de alcohólicos anónimos, veinte años mayor que ella, quién era “padrino” e inicia una relación que duró cuatro años. Esta relación le trajo conflictos dentro del grupo, y por ello la expulsan de la agrupación, exhibiendo en las redes sociales (contactos personales) tanto a ella como “al padrino” de que no pueden formar parte de ninguna agrupación en la región.

Nos cerraron las puertas, tocamos muchas puertas en los grupos de 4° y 5° paso y nos dijeron que no podíamos tener membrecía de ahí, a él, le dio mucho coraje y recae en la piedra, entonces cuando el recae en la piedra, yo recaigo con él...

La relación que ella tiene con “el padrino” fomentó que ella desarrollará un consumo problemático con el “crack”, además de tolerar actitudes y prácticas violentas hacía ella, lo anterior desencadenó que ella al separarse de él, regresará a vivir a casa con su madre, desarrollando una profunda depresión, imposibilitándola en la realización actividades cotidianas, la siguiente narrativa da cuenta de lo anterior.

Él me dice, prueba la piedra, la pruebo, yo era asistente ejecutiva del dueño de un bar, ósea su asistente personal, yo ganaba muy bien [...] cuando pruebo la piedra empiezo a decaer y pierdo mi trabajo, no hay dinero, no hay comida, entonces comía de la basura o de los restaurantes, las sobras, fue un año que yo no pude salir de esa adicción, no tenía a doble A, no tenía terapeuta, no tenía nada

Él era una persona muy controladora, muy violenta, a mí me daba miedo, tenía muchas explosiones de ira y eso me daba miedo, agarré valor cuando esta persona se va, vendió todas las cosas de mi departamento, para la piedra, sin decirme, yo no hacía eso para comer, pero él sí lo hizo, entonces cuando veo que yo no tengo nada, él se desaparece y me voy.

Cuando yo regreso al distrito, entró en una depresión muy fuerte, dejé la piedra de tajo, fue el síndrome de abstinencia, muy difícil, muy fuerte, me la pasé encerrada en mi cuarto, entonces en un año donde literalmente estaba en la cama, sin comer, sin bañarme, pasaba una o dos semanas sin bañarme

Una vez, que ella termina la relación con su ex pareja, su mamá la invita a vivir al Estado de Guerrero, donde ella apoyará en la operación de un grupo de cuarto y quinto paso de alcohólicos anónimos junto a su mamá. En ese nuevo cambio de

residencia, es donde ella conoce al padre de sus hijas, dejando la bebida en su totalidad, así como el consumo de piedra y se embaraza por primera vez.

Yo no tenía que hacer, yo no tenía trabajo, yo no tenía nada, entonces fue cuando yo fui al estado de Guerrero me apegué mucho a la agrupación, dejé de fumar piedra, dejé de beber totalmente, fue más o menos seis meses y en seis meses, yo conozco a una persona que está en el agrupación, una persona de Jalisco, se quedó varado, porque iba a otro lado, también era mayor, yo tenía 26 y él tenía 38, un poquito menos grande que el otro. Y pues se da, yo lo llevo a vivir en mi departamento. Esta persona llegó ahí a Guerrero, se queda varado porque lo golpean, le roban su dinero, en el hospital, un enfermero lo invita a vivir la experiencia de cuarto y quinto paso y él va, yo con él empiezo desde los 6 meses pasan 9 meses y ya está viviendo conmigo, dejé de beber y yo me embarazo, esa época fue muy relajado, mucho amor así todo rosita, así tengo a mi primera hija.

Después de un largo periodo de no consumir, a la edad de 30 años, “Martha” se embaraza por segunda ocasión, y durante esa etapa ella vuelve a consumir:

A partir de una cuestión que le pasó a mi hija a la edad de tres años, tuvo un abuso por parte de una de sus primas, entonces, yo estaba embarazada, estaba esperando a mi niña, a la segunda, ahí fue cuando pasa esto, ya casi yo estaba para dar a luz, fue así como muy devastador para mí, porque yo me sentía culpable de que había pasado y que yo no me había dado cuenta de esto. A raíz de eso, empecé otra vez a consumir marihuana, inclusive con el embarazo, fue muy poco tiempo, no fue mucho y fue muy poco, bebida también, vino, usualmente, no fue en grandes cantidades, pero si había consumo, después de eso nace mi niña, mi hija, y como a los siete meses, ochos meses más o menos, de que ella tenía, nosotros decidimos irnos “por la presión de mi familia, hicimos una demanda hacia mi sobrina, pero la familia no nos creyó”,

El hecho que su hija haya tenido un abuso sexual, hizo que tanto ella como su pareja, comenzarán el proceso de búsqueda de vivienda en otra ciudad, así como de empleo para mantener a su familia. En ese periodo es cuando deciden mudarse a Manzanillo dando inicio una actividad laboral que involucraba, tanto riesgos legales, como sociales y para la salud, a modo que lo relata ella a continuación:

A mi marido le ofrecen un trabajo de transportación de drogas, no, ósea las mulas, en ese momento, él entra por desesperación por conseguir más lana, tener a donde irnos, eso fue aquí, en el DF, le ofrecieron ese trabajo, y entonces él acepta, va, hace la chamba de

mula y ahí es donde tenemos el primer ingreso fuerte y con eso fue que nos fuimos a Manzanillo [...] [Fueron como 30 mil pesos lo que le pagaron entonces, eran boletos, casa, renta de casa, no era nada, entonces el me ofrece a mí el trabajo[...], entonces “yo acepto” y pues nos vamos de mulas.[...] Fuimos varias veces, y como parejas, porque él decía, yo no quiero que tu vayas sola, él siempre iba conmigo, pero hubo una ocasión, que me ofrecieron un trabajo nada más a mí, donde él no iba a ir, pero si uno de los familiares de él, yo me fui con su familiar, durante el transcurso de la operación, ingerí de todas las drogas y me dio una sobredosis, entonces, su familiar, me dejó ahí, tomó un avión y ahí me dejó con la gente de Colombia, esto fue en Colombia, entonces, yo ya pensaba lo peor, “aquí si me muero, pues me abren y sacan el producto y vámonos”.

Fue a partir de que “Martha” tiene la experiencia de padecer una sobredosis durante una entrega de cocaína, es como ella y su pareja deciden salirse de ese ambiente. Sin embargo, a su regreso a Manzanillo, su pareja la invita a probar cristal y ella se “engancha” con esa sustancia.

Yo fumaba todos los días, todo el tiempo, no dormía, a veces me la pasaba cuatro días sin dormir, un día para la malilla, como le dicen y después de la malilla para cortarla era fumar otra vez, entonces nunca dejé de consumir eso, viene la parte baja, a darle con la droga...

“Martha” refiere que el consumo de drogas le ha traído consecuencias sociales, familiares, laborales y económicas, siendo su seguridad física y emocional las áreas más afectadas:

Entramos en el mundo swinger, invitábamos a hombres para hacer tríos, esa situación era porque él quería un trio con otra mujer, él quería estar con otra mujer y él se empieza a meter mucho en este rollo del cristal, aumentaba las sensaciones, aumentaba el libido, era totalmente fuera de control, eso nos pasó, perdemos el control y todo el rol, yo descuido a mis hijas, otra vez pierdo mi trabajo, porque yo robaba para la droga, nos quedamos otra vez sin comer, y entonces aprovechando lo de los tríos lo de los swinger me empecé a prostituir, cobraba por sexo, me pagaban y aparte era un ambiente de cristal, ¿consumes cristal? , ¡si, vente! porque ya teníamos acceso gratis además del pago por la cogida, ese ambiente lo vieron mis hijas, me vieron drogada, lo vieron drogándose,

Otro de los impactos que ha tenido el consumo de drogas en Martha, se da en su salud, como lo refiere a continuación:

Tengo episodios de convulsiones tónicas, estoy medicada para las convulsiones, perdí mis dientes, ya no es lo mismo, mi cabello, se

me empezó a caer, mi semblante no es el mismo, envejecí muy rápido, porque yo tenía cara de niña, y ahorita ya es otra cosa, mi salud está mal [...]

Fue durante el periodo en el que ella vive en Manzanillo con su pareja y sus dos hijas, que ella concientiza sobre la relación que tiene con su pareja, le ha traído violencia física como violencia sexual.

“Lo que viví era mucha violencia y me pegaba, se mancharon mucho las paredes de sangre, una vez me aventó a la cama y se rompió. Pero yo seguía ahí, por miedo, si me voy este güey que va a hacer, aún así, yo me volví muy violenta y me defendía, le pegaba yo también”.

Después de la experiencia de la ayahuasca veníamos super bien, se habían arreglado los pedos, le había pasado muchas cosas a este hombre incluso la violencia [...] y así vivimos un año en casa de mi mamá, me dice ella: “sabes que, pasa esto con tus hijas, esta persona se pasó de lanza con tus hijas, y entonces se da cuenta mi mamá y mi familia del abuso, del abuso sexual que mi pareja le hacía a mis hijas[...]”. Yo me enojo mucho con él, yo no le creía a mi mamá, se dio eso porque mis hijas estaban yendo al Navarro, al psiquiátrico. Me dicen, si usted no demanda, nosotros vamos a proceder en contra de usted. digo bueno, ni pedo lo que se dé. Lo demandé, pero lo sigo viendo y no le digo nada.

La madre de “Martha” se percata que ella se encuentra vulnerable, por lo que le ofrece ayuda, asistir con una terapeuta, quién a su vez canaliza a Martha a un centro de atención especializado en salud mental y adicciones, debido a que ella posiblemente puede presentar un trastorno mental, requiriendo atención profesional.

Empecé con una terapeuta particular y después vine para acá, porque la terapeuta me dijo que yo tenía una cuestión psiquiátrica, y me canalizan aquí, la misma psicóloga me dice, quizás necesitas medicamento y te voy a mandar a la clínica [...]

“Martha” menciona que desde que está en tratamiento psiquiátrico y de terapia grupal, ha comenzado a “sentir”, ya que antes no tenía ninguna motivación o algo que le impulsará a dejar de consumir. Ahora, al tener aproximadamente seis meses de no consumir nada, “siente como su salud ha mejorado, las convulsiones se detuvieron y percibe a sus hijas más cariñosas con ella”.

7.- “Clara”

Originaria de Brasil, desde hace dieciséis años radica en la Ciudad de México. Tiene 35 años de edad, es divorciada y tiene una hija de once años de edad, quién vive con su padre. “Clara”, actualmente se encuentra en búsqueda de empleo. Ella proviene de una familia de padres separados y tiene un hermano menor, todos ellos radican en Brasil. Menciona que ella ha vivido en diferentes zonas de la Ciudad de Mexico, así como del Estado de México.

En cuanto al consumo de sustancias, ella refiere que a la edad de catorce años comienza a fumar cigarrillos y a los quince años consume marihuana por primera vez a través de sus amistades, ella recuerda que la primera vez que fumó marihuana “sintió libertad, alegría y felicidad”.

La frecuencia con la que inició su consumo pasa de eventual (cada mes) a fumar casi todos los días. A la edad de diecinueve años empezó a consumir cocaína de manera regular, diariamente, durante seis meses. En ese periodo consumía alcohol, cigarrillos, “mucho” cocaína y marihuana. Menciona que conseguía este tipo de drogas en su entorno laboral:

En ese periodo, yo trabajaba en un table dance y era donde conseguía, si, tenía como un proveedor y pues ahí conseguía, fue cuando conocí a mi ex esposo, y ya después me vine a México”.

Durante siete años, estuvo casada, con un ciudadano mexicano y dejó de consumir marihuana y cocaína, refiere que dejó las drogas porque, su ex esposo estuvo intentando que ella se tratará psicológicamente, sin embargo, continuaba consumiendo alcohol.

El tiempo que estuve casada, no trabajaba, era una persona muy depresiva, no salía, me la pasaba el tiempo en la casa, a mi ex esposo no le gustaba que tuviera amistades, entonces no salía, no convivía con otras personas ni nada de esto, entonces normalmente iba al super mercado mi carrito de súper siempre iba alcohol en él, botellas, cerveza, consumía mucho, los energéticos, bebidas energéticas, “Red Bull” con botellas de alcohol, y pues mi ex esposo, nunca me reclamaba que yo tomara alcohol en la casa.

Uno de los impactos que ha tenido el consumo de alcohol y cocaína en la vida de Clara, se da en el ámbito familiar, ella menciona que hace cuatro años el padre de su hija decide divorciarse de ella quitándole la patria potestad, por lo que ella

empieza a trabajar para solventar los gastos de un abogado y recuperar a su hija, sin embargo, sus nuevas relaciones así como el tipo de consumo que desarrolla, le exige ponerse en contacto con su ex pareja y de manera indirecta, pide ayuda para dejar de consumir, como lo relata a continuación.

Empiezo a trabajar y ganar dinero para recuperar a mi hija, pero empecé a tener depresión y conocí a mi ex novio, empecé a salir con él, y conocí a una amiga, y no sé, mi vida comenzó a funcionar, ganar dinero, pagar un abogado, empecé a consumir mariguana, consumir cocaína, empecé a tener una relación toxica, yo ya tenía un consumo abusivo de alcohol, entonces mi vida empezó a girar en torno a la relación toxica, consumo abusivo de alcohol, consumo abusivo de cocaína, ya un trastorno psiquiátrico[...] las cosas se fueron saliendo de control, problemas de alimentación, esto empezó hace dos años a un punto en que colapsé totalmente, llegué a perder muchísimo peso, llegué a querer, tal cual morirme y, busqué al papá de mi hija para despedirme de mi hija así y cuando se dio cuenta el papá de mi hija como yo estaba, yo creo que se asustó, y ofreció su ayuda y pues no sé, le acepté su ayuda y le dije que sí, y yo al último minuto, le acepté la internación.

Durante el proceso de internamiento en el centro especializado en adicciones, “Clara” se entera que padece *patología dual*, es decir, el consumo problemático de sustancias coexiste con otro trastorno mental.

Me internaron, me hicieron varios tipos de exámenes, pues el hospital es muy bueno, me entrevistaron los doctores, me diagnosticaron trastorno límite de personalidad, adicción grave al etanol, adicción grave a la cocaína, adicción grave a la mariguana, adicción grave al tabaco, me cuidaron muy bien ósea, fue muy difícil la desintoxicación, mi fase de desintoxicación fue muy difícil.

Ella menciona que el impacto que tuvo al ser diagnosticada como una persona con trastorno límite de la personalidad, le representó alivio, ahora ella sabe que la forma en que a veces siente y piensa las cosas, tienen una explicación médica, además, cuenta con la posibilidad de tener un tratamiento farmacológico para que ella atienda los síntomas.

Yo consumía mariguana y alcohol desde chica, porque me consumía la ansiedad, sufrir ansiedad es algo que te come por adentro y consumir alcohol es algo que te tranquiliza, consumir mariguana es algo que te tranquiliza, [...] Y cuando me diagnosticaron trastorno límite, cuando finalmente me dieron pastillas para estar bien para estar tranquila, finalmente pude respirar, pude pensar, “si tengo algo,

si tengo algo”, ¡entiendes! ósea si estoy loca, bueno no, pero si tengo algo, ¡no es posible que todo este que siento adentro que no puedo dormir, que no puedo estar tranquila, sea normal!

Desde que “Clara” acude a tratamiento psiquiátrico y asiste a una terapia grupal, se ha sentido mejor, sin embargo, estar cambiando continuamente de trabajo hace que se sienta sin la capacidad de solventar sus gastos, lo que hace sentirse deprimida.

5.1.A Características del consumo de sustancias de los participantes

De acuerdo a las narrativas de los participantes, casi todos iniciaron su consumo antes de los 15 años de edad, y sólo uno de ellos comenzó a los 33 años, siendo el alcohol la droga de impacto seguido de la marihuana, así mismo los estimulantes como la cocaína, crack (piedra), anfetaminas tipo “cristal” y “tachas” fueron igualmente consumidas, sin embargo, también se tiene registro que algunos participantes frecuentaban el consumo de psicodélicos como LSD.

Los testimonios muestran que una de las principales causas por las que han consumido alcohol o drogas es por la curiosidad de experimentar, satisfacer los sentidos o el alivio que les causa utilizarlas como aquellos que tuvieron depresión post traumática derivado de una enfermedad crónico degenerativa, sin embargo, existen participantes que inician su consumo por estar expuestos a un entorno donde el uso de sustancias se desarrolla de manera cotidiana tanto en el ámbito familiar como en lo laboral además el alcohol es la droga con la que todos los participantes iniciaron su consumo, siguiéndole el tabaco, lo anterior muestra que estas sustancias reguladas son las que la mayoría de los participantes usa de manera problemática inclusive durante el tratamiento.

Por otro lado, respecto a las consecuencias que les ha traído el consumo de alcohol y drogas ha sido el abandono de sus familiares, la pérdida del empleo, bajos ingresos económicos, daños a la salud física y mental, deserción escolar y desconfianza con otras personas.

Las mujeres entrevistadas, reportaron experiencias que tienen que ver con situaciones de violencia física con sus parejas, prácticas de transportación de drogas, sobredosis, así como la exposición a ejercer trabajos que implican

intercambiar relaciones sexuales por dinero o drogas. Todas estas experiencias se enmarcan en un contexto de violencia de género, no solo hacia ellas, sino que involucran a otras mujeres menores de edad (hijas), negligencia y abuso sexual.

Por el interés de poder identificar, en qué momento, surge la primera búsqueda de ayuda, a continuación, se describe la red de contactos interpersonales, recursos institucionales y estrategias que tienen los participantes para atender su consumo de sustancias.

5.2 Trayectorias de atención

A partir de las narrativas de los informantes se observa la multiplicidad de recursos que existen para atender el abuso de sustancias en México. Para ilustrar las trayectorias o caminos de atención que han seguido los participantes para atender su consumo de alcohol y drogas, se muestran distintas líneas de tiempo que dan cuenta del periodo inicial en que los informantes realizan algún tipo de estrategia de atención, así como datos que muestran el tiempo que algunos de ellos permanecieron recibiendo la atención descrita. Por el interés de capturar las diferencias por género y para facilitar el análisis, primero se abordarán las trayectorias de atención de las mujeres y posteriormente de los hombres entrevistados.

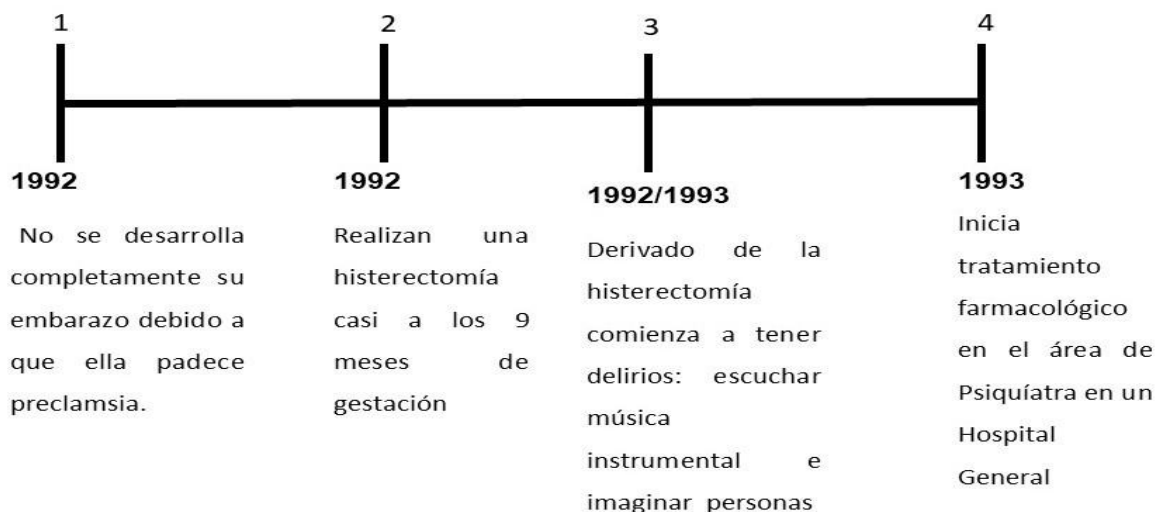
5.2.A Mujeres y trayectorias de atención en el consumo de alcohol y drogas

1.- Selene

En el caso de esta entrevistada, se observa que la trayectoria de atención involucra la atención gineco obstétrica con la salud mental y luego con las adicciones. Pues como se observa en su relato, a los 22 años durante su segundo embarazo sufre un aborto a consecuencia de la preclampsia. Fue a partir de esa experiencia que ella comienza a escuchar “música instrumental” percibiendo estar rodeada de personas, lo anterior hizo que ella busque ayuda en un hospital de tercer nivel de atención, sin embargo, no especifica cuanto tiempo acudió, sólo menciona que el psiquiatra le proporcionó medicación para la depresión post parto.

En la Figura 1, se observa la trayectoria en la búsqueda de atención al consumo que siguió Selene, quien inicia su tratamiento por la depresión postparto y el médico tratante la refiere a un hospital general para que reciba tratamiento farmacológico

Figura 1. Trayectoria de atención “Selene”

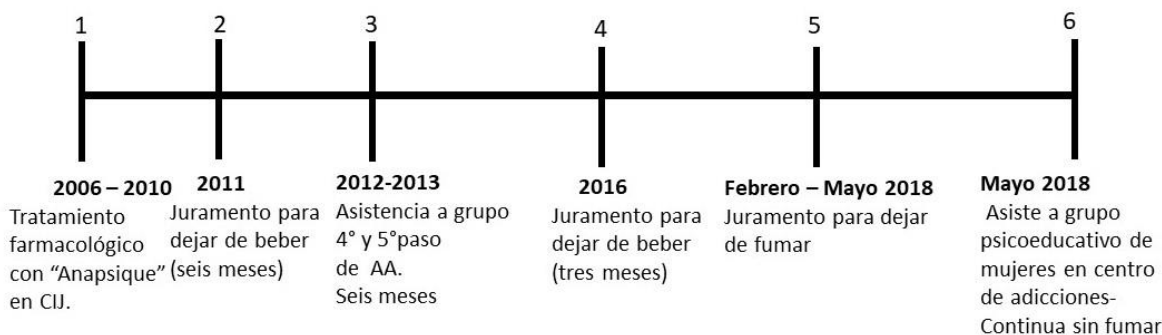


Pese a tener un consumo problemático y ser objeto de violencia de pareja, recibe atención para sus problemas de consumo al acompañar a su hijo quien consumía drogas, nuevamente se observa que recibe atención prácticamente sin que ella lo buscara, logrado recibir tratamiento en el lugar durante cuatro años.

No obstante, ella decide buscar atención para sus problemas de consumo a los 42 años, entre 2012 y 2013, acude durante un periodo de seis meses a un grupo de Alcohólicos Anónimos, acude a dos retiros del cuarto y quinto paso en

Menciona que dejó de acudir ir al grupo debido a que utilizaban un lenguaje que para ella era inapropiado, se basaba en el uso de groserías y malos tratos entre los miembros del grupo. Sus patrones de autoatención, la han llevado a desarrollar juramentos para no consumir alcohol en dos ocasiones, estos han tenido una periodicidad que va de tres a seis meses, y vuelve a beber. Actualmente está “jurada” de cigarras. Refiere que recientemente se incorporó a un taller psicoeducativo de mujeres dentro del centro de atención al que ha acudido en siete sesiones a la fecha que fue entrevistada. A continuación, se muestra el camino de atención que Selene ha seguido para dejar de beber.

Figura 1. Trayectoria atención “Selene” (continuación)



2.- Clara

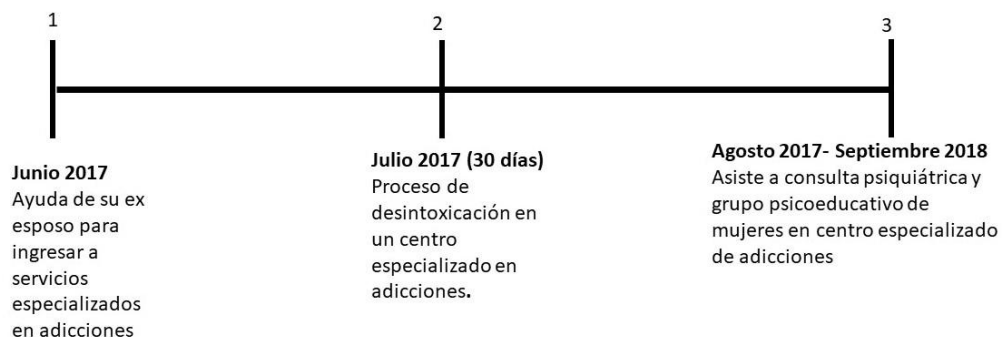
En la experiencia de la entrevistada, esta ha sido la primera ocasión en la vida en que ella busca algún tipo de atención y hace uso de los servicios de salud, comenta que acudió a tratamiento porque su expareja ofreció su apoyo. Ella menciona que desde hace cuatro años se divorció y no vive con su hija, en México ella no tiene redes de apoyo y debido a su condición migrante, recurrió a buscar trabajo en centros nocturnos como bailarina y así pagar un abogado para pelear la patria potestad de su hija. Lo anterior facilitó que ella continuara con su consumo de drogas y que padeciera un cuadro crítico de desnutrición y consumo de sustancias.

Una vez que su ex pareja, conoce el estado de salud de Clara, ofrece su apoyo para que atienda su consumo de drogas un centro de atención especializado en adicciones. Al momento que ella decide aceptar la ayuda, se inicia todo un proceso que involucra el apoyo familiar durante la fase de desintoxicación y acompañamiento al paciente las 24 horas del día. Sin embargo, ella, al no contar con redes de apoyo familiar, se tiene que contratar a personal de enfermería para que la pudieran atender y monitorear durante su estancia. Ella refiere que, durante el proceso de desintoxicación, los médicos tratantes además de valorar su adicción grave al etanol y a sustancias como cocaína y marihuana también le diagnostican trastorno límite de la personalidad.

Cuando ella concluye el periodo de desintoxicación, los médicos tratantes le hacen la recomendación para que inicie un tratamiento psiquiátrico así como adherirse a un grupo psicoeducativo dentro del mismo centro de atención.

En la Figura dos, se observa la trayectoria que siguió Clara, con el apoyo de su ex pareja inicia un tratamiento residencial por un cuadro grave de desnutrición, al concluir la estancia de tratamiento, los médicos tratantes le recomiendan que acuda a consulta externa, así como a talleres psicoeducativos en el centro especializado al que asiste de manera regular.

Figura 2. Trayectoria de atención “Clara”



3.- Martha

Estuvo expuesta desde muy pequeña al consumo de alcohol, ya que su familia por parte de su madre, tenía un gran consumo, definiéndola como “alcohólicos en recuperación”. Su madre se da cuenta que Martha bebía a escondidas a la edad de diecisiete años y es ella quien la invita a un grupo de Alcohólicos Anónimos para que viviera “la experiencia del cuarto y quinto paso”. Acudió a estos lugares durante cinco años, sin embargo, hubo periodos que dejaba de beber y continuaba yendo a fiestas.

A la edad de 22 años se muda a Tabasco junto con su madre, menciona que es un periodo de mucho estrés, por lo que sigue bebiendo y consume marihuana, por ello decide recurrir de nuevo a los grupos de cuarto y quinto paso, donde permanecerá dos años. Es durante este periodo que conoce a un “padrino” del mismo grupo y empieza a involucrarse con él, lo cual fue mal visto por los otros integrantes, y ambos tienen que salir, siendo, despreciados por todos los grupos de esa ciudad, también sigue bebiendo, tiene una recaída e inicia en el consumo de crack.

Al tener problemas con su pareja y con las drogas, “Martha” entra en una profunda depresión en la que ella olvida su autocuidado. Durante la etapa de depresión, su mamá la invita a que se vayan a Zihuatanejo para abrir un grupo de cuarto y quinto paso, ella acepta, y durante esa temporada deja de beber alrededor de seis meses, conoce a su segunda pareja, padre de sus hijas y deja por completo el consumo de drogas por dos años, ella recuerda: “fue una época muy rosa, todo muy bonito”.

Uno de los hechos que han sido más impactantes para ella, es cuando se embaraza por segunda ocasión, durante ese proceso, se entera que su hija de tres años es abusada sexualmente, “aparentemente” por una de sus “primas”, por lo que esta situación hace que ella consumo alcohol y drogas, desarrollando una recaída.

En el año de 2017 ella decide dejar de consumir, por lo que busca a sus antiguos compañeros del grupo de AA de Zihuatanejo, sin embargo, se entera que el grupo ya no existe y que ahora, se reúnen para hacer sesiones de ayahuasca y la invitan a participar.

Pasamos a Guerrero y ahí tuvimos la cuestión de la ayahuasca fue algo, hújole, yo lo que viví fue algo muy positivo, si hubo una cuestión de un viaje de colores y todo el pedo y finalmente eso es lo que provoca, pero también me limpio todo el organismo. Yo tenía muchas infecciones urinarias y yo empecé con eso y me empezó a sanar [...] después de la experiencia de la ayahuasca veníamos super bien, se habían arreglado los pedos, le había perdonado muchas cosas a este hombre incluso la violencia física...

Uno de los aspectos positivos de la sesión de ayahuasca, fue que mejoro la relación con su familia de origen, y una vez teniendo comunicación con ellos, se entera que es su pareja es quién abusa sexualmente de su hija. A raíz, de esta problemática, ella decide acudir con un terapeuta para atender su estado emocional. Sin embargo, durante los meses que duró la terapia, la psicóloga tratante la refiere a un centro de atención especializado en adicciones para que pueda tener un tratamiento específico.

En la tercera Figura, se muestra la trayectoria de atención que Martha inicia a la edad de 17 años, asistiendo a grupos de cuarto y quinto paso hasta los 30 años. Luego de sobrevivir a una sobredosis por transportar cocaína, Martha busca el

apoyo de sus compañeros de alcohólicos anónimos, sin embargo, ellos en ese momento desisten de la agrupación y comienzan a realizar sesiones de ayahuasca y la invitan a conocer “la medicina” por lo que a partir de esa experiencia ella deja de consumir alcohol y drogas. Posterior a la sesión de ayahuasca decide buscar apoyo profesional con una terapeuta, y esta última es quién la refiere a un centro especializado en adicciones, lugar donde acude regularmente desde hace 10 meses.

Figura 3. Trayectoria de atención “Martha”



5.2.A.1 Análisis de las trayectorias de las participantes

Como se observa en las diferentes experiencias de las entrevistadas, existe falta de redes sociales y monitoreo familiar para que las participantes continúen asistiendo a tratamiento. En cuanto a la brecha de atención, dos de ellas recibieron atención antes de los cinco años de iniciado su consumo y una participante pasó alrededor de veinte años para atender su consumo de sustancias. Asimismo, el tiempo de tratamiento que actualmente llevan oscila el año y medio. Es importante señalar que todas ellas indicaron llevar tratamiento farmacológico para atender su salud mental durante su trayectoria de atención. Por otro lado, dos de ellas refieren que estuvieron inmersas en escenarios sociales con la pareja o entorno laboral donde se desarrolló violencia de género. En los casos presentados, se muestra que todas padecieron depresión en algún momento de su vida. Dos de las participantes tuvieron aproximaciones en la auto atención, “Selene” ha recurrido a juramentos

religiosos para dejar de beber y fumar, coincide con “Martha” en la asistencia a grupos de ayuda mutua de cuarto y quinto paso de alcohólicos anónimos, con ella se pudo registrar que para desintoxicar su cuerpo y dejar de consumir drogas existen sesiones de ayahuasca, sin embargo, este tipo de atención alternativa solo fue utilizada por una de las informantes, por lo que es necesario indagar el contexto en el que ocurren este tipo de prácticas. De manera contraria, “Clara”, no ha tenido ninguna de estas experiencias. En cuanto a la atención médica profesional, “Selene” acude a servicios de psiquiatría, después de una depresión post parto, años más tarde tiene contacto con servicios especializados en adicciones al acompañar a su hijo a consulta y empieza con medicación. “Martha” asiste por primera vez con un especialista en salud mental después una trayectoria de más de quince años de asistir a grupos de cuarto y quinto paso y en el caso de “Clara”, llega a un centro especializado en adicciones porque su ex pareja le facilita la ayuda.

Teniendo en cuenta cómo se desarrollan los procesos de atención y tratamiento de las participantes mujeres, en el siguiente apartado se describe como se construyen estos mismos procesos en los participantes entrevistados con la finalidad de conocer similitudes y diferencias por género.

5.2.B Caminos de atención de participantes hombres

4.- Ezequiel

Tiene una trayectoria de atención que comienza tres años después de iniciado su consumo. Su primer contacto se da porque las autoridades de la preparatoria donde él estudiaba informan a sus padres que consume alcohol y drogas, motivo por el cual acude a terapia psicología en el mismo centro educativo en dos ocasiones, sin embargo, la psicóloga tratante, sugiere a los padres de Ezequiel que es mejor referirlo a un centro de atención para recibir ayuda.

En el periodo de un año y medio, sus padres lo ingresan a dos diferentes “anexos” de manera involuntaria. Cuando acude al primer anexo, se da cuenta que es un centro 24 horas, y que el tratamiento se dictaba mediante los doce pasos de Alcohólicos Anónimos, mencionando que en el lugar se ofrecía una alimentación deficiente para estar en tratamiento. Asimismo, él menciona que antes de ingresar

al segundo anexo, a petición de sus padres un padrino acudió a su casa e intentó llevárselo a la fuerza, jalándole el cabello y amarrándolo en contra de su voluntad menciona solo haber estado dos semanas en ese anexo, ya que decidió escaparse debido a que existía mucha violencia.

Había golpes, desde que llegaron, pues van por ti a tu casa, cuando les llaman tus familiares, van por ti y te llevan, me llevaron amarrado, pero cuando yo me eché a correr para que no me agarraran, me subí a una escalera, a otra habitación y pues me iba a salir por una ventana, entonces ya que me iba saliendo por la ventana, pues me alcanzo a agarrar un padrino y le di una patada en el estómago, entonces, pues de eso, fue como lo que me marco, ¿no?. Así de que yo llegara y pues sí, unas madrizas, ¿no?, me paraban en las noches y me llevaban al baño y unos madrazos, “equipo de choque” le decían, una madriza “pum, pum”, pechugas, cachetadones, sapes, ¿no?, manchado [...]

Posteriormente, ingresó voluntariamente a una “clínica de rehabilitación” en el estado de Hidalgo durante cuatro meses, señala que en esa clínica desarrollaban terapias de relajación y meditación además de la terapia de doce pasos. Sin embargo, él menciona que durante su estancia continuaba consumiendo. Al poco tiempo se entera que existe un centro cristiano para la atención de las adicciones en la Ciudad de México, cuyo ingreso es voluntario, no tiene cuotas, el único requisito era pagar con trabajo, Ezequiel, acepta, y asiste un mes. Refiere que muchas de las cosas que vio y escuchó durante los compartimientos en las reuniones de doce pasos, eran experiencias que él no había vivido a esa fecha y por ello, él mantiene el interés en explorar y tener nuevas experiencias, por lo que decide continuar consumiendo.

Yo desde que estaba ahí, no había vivido nada, aparte me pegó mucho de que yo estaba bien chavo, ¿no?, y que todos los que estaban ahí me contaban un chingo de historias. De todo lo que habían vivido, desmadres, andar en la peda, conocí a gente que había ido al Avándaro, y así un chingo de cosas, entonces yo decía, no pues quiero seguir cotorreando. [...]

Después de diez años de consumo de alcohol y drogas, “Ezequiel” comienza a reconocer que tiene problemas en su forma de consumir, lo que repercute en el área escolar y su salud. Menciona que cuando está bebiendo y acude a la universidad en ocasiones no se siente capaz de interactuar durante las clases y tiene dificultad

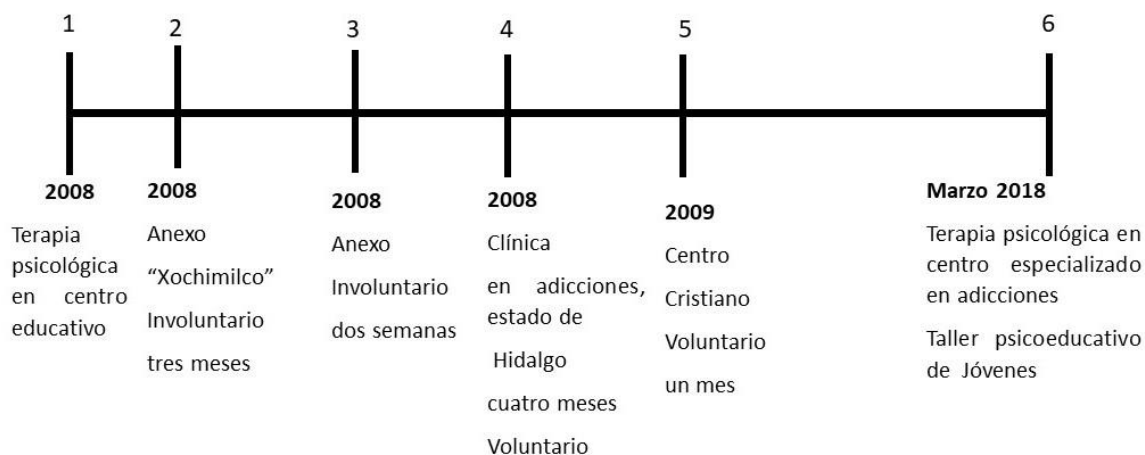
para establecer contacto con los demás compañeros. Además indica que ha percibido que lo excluyen por su aspecto, debido a que tiene rastas y es “punk”.

Ahorita que entré a la universidad cuando tomo, o moneo, no me quiero acercar a las compañerillas que me gustan o con mis compas, me siento mal [...] una vez estaba en clases, y bien pedo, la neta no quería ni dar mi opinión, luego, estaba una compañera a lado de mí, nada más me volteaba a ver, así como de “chale, se pasa”

Las experiencias ocurridas en la universidad, lo hicieron reflexionar acerca de detener su consumo. Además, menciona que, en ocasiones, su madre no tiene tranquilidad porque desconoce si él está bebiendo o tomando drogas. Fue través de “una señora comerciante” de la universidad a la que acude, que ella le proporciona la dirección y el número telefónico del centro especializado en adicciones donde actualmente asiste y fue entrevistado.

En la cuarta Figura se describe como Ezequiel inicia su camino de atención a la edad de 17 años a través de orientación psicológica dentro del centro educativo al que asistía, posteriormente, se muestra como en un periodo de año y medio ingresa a diferentes “anexos” y un centro cristiano, así mismo relata que pasaron alrededor de diez años para que él pudiera tener un tratamiento en un centro especializado en adicciones

Figura 4. Trayectoria de atención de Ezequiel.



5.- “Toy”

Comenzó a consumir alcohol en segundo grado de secundaria, dos años después al cursar la preparatoria, bebía durante las horas de clase y en ocasiones en compañía de sus profesores.

“Me presentaba a la escuela, pero a la hora del receso yo me salía a tomar y ya no regresaba a las clases siguientes, muchas veces tomé con mis profesores”

Ante la situación, él se percata que tiene una manera compulsiva de beber, y a la edad de 16 años decide hacer un juramento para dejar de beber por seis meses. Sin embargo, relata que nunca ha podido cumplir un juramento, y en aquel entonces, siguió bebiendo. Un año más tarde, conoció un grupo de alcohólicos anónimos (AA), sin embargo, solo acudió en dos ocasiones, no le gustó la forma en que se expresaban sus compañeros, además, recuerda que no tenía las experiencias de vida suficientes para estar en el grupo:

“Estaba muy joven y tonto todavía, inmaduro, porque oía como contaban sus vidas, yo decía, yo no tengo esos problemas, yo no he robado, yo no he matado, yo no le pego a mi señora porque no estoy casado. no le pego a mi mama porque ella es la que me pega, yo no soy como ellos, yo no me allo en este lugar”

A la edad de veinte años, bebía de manera regular con uno de sus primos, y durante esa época, sus tíos al percatarse que ambos beben, ingresan de manera forzada a su primo a una “granja de rehabilitación” en un municipio del Estado de México. “Toy” al observar que sus tíos ingresan a su primo a la “granja”, le surge la curiosidad de conocer si este tipo de atención le ayudaría a dejar de beber y opta por ingresar al mismo sitio de manera voluntaria. Sin embargo, encontró maltrato, y humillación hacia las personas que acuden a las “granjas”.

Yo veía como les pegan, a las 5 de la mañana te levantan para bañarte con agua fría [...], la comida está echada a perder, verduras podridas, caldo de oso [...] lo que te lleva tu familia, ellos se quedan con lo mejor, te hacen sentir nada, que eres basura. Eso no es un trato digno.

Durante su estadía en la granja, estuvo experimentando todo tipo de maltrato, en ese periodo, su primo tuvo una visita en el anexo, por lo que él aprovechó para entregar un recado para su madre, en el que pedía que fueran a recogerlo. Su madre

de aproximadamente 50 años de edad, acude a buscarlo, sin embargo, los padrinos que administraban el lugar, le negaron la salida, aludiendo que la estancia de “Toy” había generado gastos por lo que se tenía que pagar una cuota mayor, obligándolo a continuar hasta que se cumplieran noventa días de tratamiento, esta situación le genero miedo a su madre, y tuvo que regresar a su casa, fue entonces que una de sus hijas, quién es abogada, la acompaño a la “granja” y pudieron sacar a “Toy”.

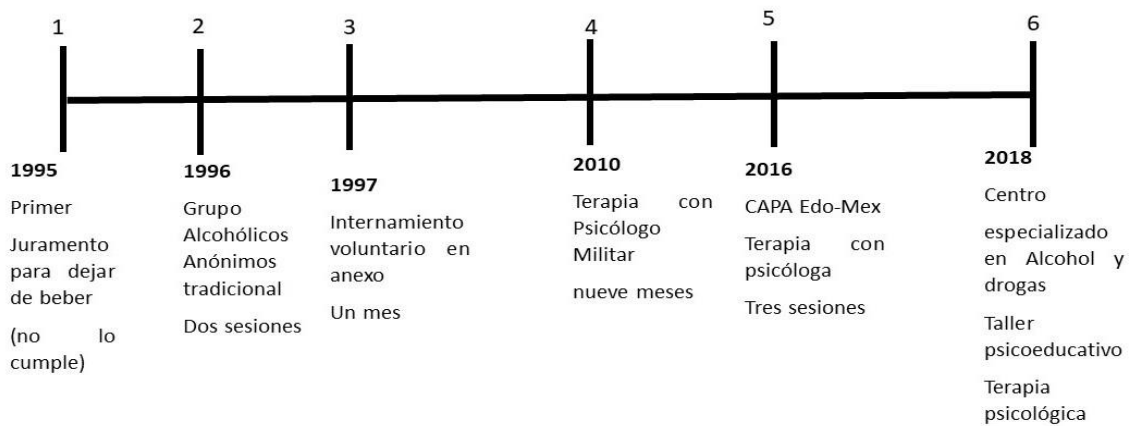
Le dijeron tenía que pagar muchas cosas que utilizaron para mi recuperación, además de una compensación por salir antes de tiempo. Entonces mi hermana, dijo bueno, si no nos los entregan vamos al ministerio y los vamos a demandar, y así fue como pude salir, solamente, porque primero los asustan, pues como la mayoría de la gente que va ahí somos de escasos recursos y no somos preparados y eso, en mi caso, pues mi hermana litiga y lleva casos.

A la edad de veintiséis años, regresa a otro grupo de Alcohólicos Anónimos, acude a reuniones de hora y media, en esta nueva etapa, se siente identificado con los temas que se discuten, además le agradaba que no tenía que acudir diario para dejar de beber. Otro de los recursos a los que recurrió, fue terapia con un psicólogo militar, durante nueve meses. No obstante, él percibía que no le ofrecían la atención adecuada, ya que “muchas recomendaciones llegaban a ser repetitivas”. Fue después de acudir con el psicólogo militar que él se percató que necesita una atención más institucionalizada y con mayor seguimiento, por lo que acude a un Centro Atención y Prevención de las Adicciones (CAPA) a recibir terapia psicológica, él menciona, que, en ese centro, la mayoría de los psicólogos tratantes son muy jóvenes y no cuentan con la experiencia requerida, por lo que él decide dejar de asistir a ese centro de atención. Al iniciar enero de 2018, observa que uno de sus compañeros de trabajo, “Carlos”, deja de beber, se acerca a él y le pregunta a donde está acudiendo, por lo que “Calos”, facilita la dirección de un centro especializado en adicciones. Es a partir de marzo de 2018 que “Toy” asiste a talleres psicoeducativos y terapia psicológica en el mismo centro que se llevó acabo la entrevista.

En la Figura cinco, se muestra el inicio de la trayectoria de atención, realizando a la edad de 16 años su primer juramento para dejar de beber, así mismo da cuenta de cómo él tiene interés propio por conocer los grupos de alcohólicos anónimos así

como un anexo para disminuir su consumo a la edad de 18 años. Alrededor de trece años después, se incorpora a terapia con un psicólogo militar, sin embargo, desiste. Debido a que el supone necesita atención institucionalizada, acude a un “CAPA”, sin embargo, considera que el personal de salud requiere mejorar y capacitarse por lo que abandona las sesiones. Dos años más tarde al observar que un compañero de trabajo, dejó de consumir, él decide acudir al centro especializado que su compañero le refiere.

Figura 5. Trayectoria de atención “Toy.”



6.- Jhony

El participante inicio su consumo a los 33 años de edad, se identifica un camino de atención que empieza al poco tiempo de comenzar a beber. Refiere que sus primeros intentos por mantenerse sin consumir alcohol, se da mediante el acto de jurar en periodos de tres, seis meses y un año, aludiendo que los días cercanos a cumplir el juramento, volvía a beber.

Tras dos años de estar bebiendo de manera compulsiva, empieza a perder sus “puesto de mercancía”. Recuerda que, en esa época, él iba caminando en compañía de su esposa, y observan un letrero de un centro especializado en alcohol. Ella ingresa al centro a preguntar por los requisitos. A los pocos días “Jhony” se presenta e inicia su proceso dentro del centro especializado: le realizan un estudio socioeconómico, así como una valoración de signos vitales, para pasar a consulta

con el médico psiquiatra. Él refiere que, en muchas ocasiones, ingresó al centro en estado de ebriedad, por lo que el personal de salud, le recomendaba regresar sin estar bebiendo, “pasaban periodos de tres meses, bebía una semana, descansaba otra y me presentaba [...]”.

Fue a través de un amigo del barrio, “German”, miembro de Alcohólicos Anónimos, llevaba diez años sin beber alcohol, invita a “Jhony” a una reunión de AA, él acude en varias ocasiones, sin embargo, no le toma importancia, y continúa bebiendo: “Me invitaban al grupo de hora y media, me dieron folletos, me dieron libros, me dieron todo, pero decía que no era para mí”

“Jhony” al no tener la voluntad de dejar de beber, empieza a buscar otras alternativas para atender su problemática, por lo que decide asistir con brujos y realizarse prácticas rituales de curación, sin embargo, su forma de beber continuaba siendo la misma.

Fui a Catemaco, sangre de ratón, agua de coco con no sé qué, un círculo, me metieron ahí y le prendieron fuego, me quemaron los cabellos me los tenía que comer, un resto de cosas, me hicieron limpias, me hicieron todo y yo seguía bebiendo.

Para poder detener su forma de beber, su esposa tuvo que “anexarlo”, estar encerrado en un anexo le motivo a retomar algunas estrategias aprendidas simultáneamente en el centro especializado.

La única forma de parar fue estar encerrado, porque, aunque venía aquí (centro especializado), consumía, ya en el proceso fue en el internamiento del grupo, con lo que había aprendido aquí y con lo que me estaba regalando el grupo la arme y empecé a dejar de tomar, voy a cumplir 12 años.

Jhony menciona que, para dejar de beber por completo, tuvo que acudir constantemente a las reuniones, durante los tres primeros años, asistir diariamente y así comenzó a dejar de consumir “llevo doce años en el grupo, los tres primeros años fue diario de 6 a 10:30, diario, diario, llueva, truene o relampaguee, hasta los domingos, hasta días festivos”

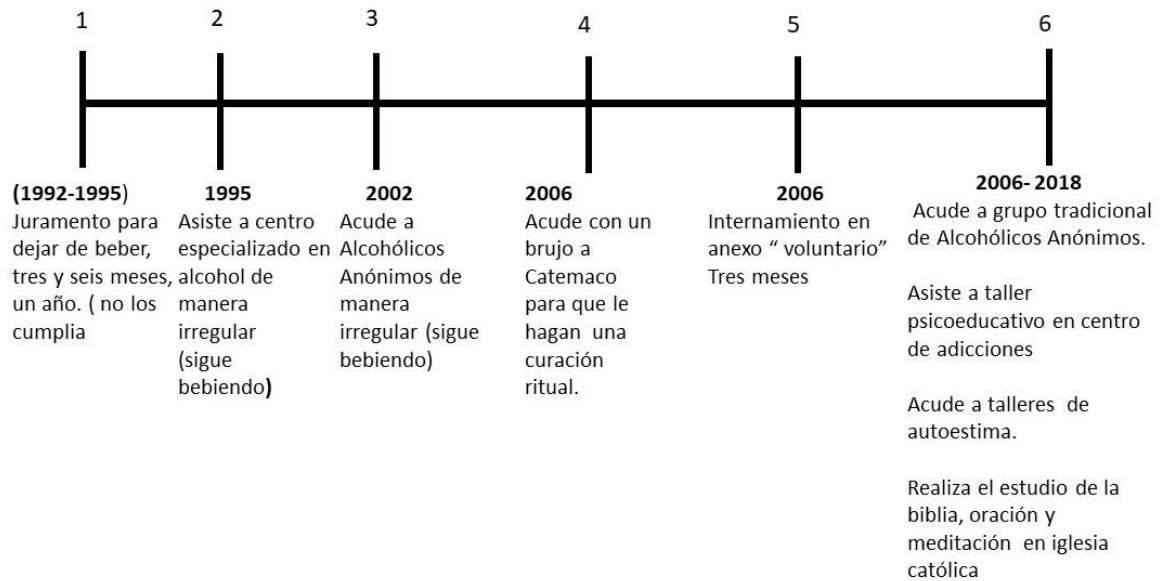
Como parte de su programa de recuperación, actualmente desarrolla un servicio intergrupal en el grupo de alcohólicos anónimos. Asimismo, acude semanalmente

a una iglesia católica para desarrollar oración, meditación, así como el estudio de la biblia en compañía de un sacerdote. También asiste a talleres de autoestima y de educación emocional además de los talleres psicoeducativos y su consulta semanal con un psicólogo tratante en el centro de atención donde fue entrevistado.

En la Figura sexta, se muestra como la trayectoria de atención de “Jhony” da inicio al hacer juramentos de abstinencia por periodos cortos. Sin embargo, no podía dejar de beber, un par de años más tarde en compañía de su esposa encuentran un centro especializado en adicciones donde acudirá de manera irregular y continuará consumiendo. Después de recibir atención especializada, un amigo lo invita a un grupo de tradicional de Alcohólicos Anónimos, asiste a algunas sesiones, aunque lo abandona al poco tiempo.

Debido a su necesidad de conseguir “la cura” para su forma de beber, recurre a un brujo en Catemaco, para realizarse una sesión ritual de purificación de energías, no obstante, el continúa bebiendo. A raíz de no poder detener su consumo, decide de manera voluntaria acudir a un “anexo” para que ahí le dieran la ayuda que necesitaba, “Jhony” refiere que al momento de llegar al anexo, le queda claro que si quiere dejar de beber, requiere de realizar esfuerzos constantes en su vida, por lo que se incorpora a un grupo tradicional de alcohólicos anónimos, y retoma el tratamiento ambulatorio en el centro especializado en adicciones además incluye el estudio de la biblia. Estas acciones en conjunto hacen “Jhony” tenga alrededor de doce años sin beber alcohol.

Figura 6. Trayectoria de atención “Jhony”



7.- Jack

El camino de atención que ha transitado para atender su consumo de alcohol y drogas inicia cuando tiene 35 años de edad. En contra de su voluntad acude por primera vez a un centro de atención no regulado (anexo), como lo relata a continuación:

En ese entonces pagó mi mamá para que fueran por mí, lo que llaman los "doceavos" o la patrulla "enchancladora", sentí yo que me secuestraban, y ya en el momento empecé pedir la ayuda: "¡no mamá, ayúdame, te prometo que ahora sí es la última!, me llevaron en contra de mi voluntad".

Seguido de ese primer internamiento, "Jack" relata que recibió dos internamientos de manera involuntaria, tanto el anexo "Nuevo amanecer" como en el anexo "Factor x" (fuera de serie), sin embargo, él menciona, que no le funcionaron debido a que existían tratos inadecuados durante las estancias, por lo que no concluyó los periodos de internamiento.

"En el fuera de serie, había un encierro total, no había una libertad muy deplorable para el trato humano, sin embargo, hay gente que le funciona eso, pero en mi caso no me funcionó"

Es a partir de esas experiencias de atención que se llevaron a cabo en contra de su voluntad, que tanto su tía como su hermana, deciden invitarlo a que reciba atención tanto en el anexo "Viaducto" como en el Centro cristiano "providencia",

donde menciona que, en este último, fue la primera vez que recibió un trato adecuado.

En el centro cristiano, a pesar de que había limitación de las comidas, siempre hubo una comida digna, siempre, había escasez y con eso nos basábamos. Hacíamos luego abasto, a veces había carne, también dentro del proceso de valorar, pero el trato era muy diferente, siempre con respeto, con amor, con amabilidad, con exhortación, con la invitación de cambiar y obtener una vida mejor.

Después de conocer el tipo de atención ofrecida en el centro cristiano “providencia”, él recae en el consumo. Relata que tanto su madre como su esposa, en un momento desesperado, buscan la ayuda, encontrando un folleto de la fundación “ama la vida” en la estación del metro Chabacano. Deciden llamar y agendar una entrevista para informarse en que consiste el tratamiento, “Jack” asiste a la fundación durante un periodo de 9 meses.

En la fundación, era muy diferente el trato, había terapia ocupacional, terapia deportiva, terapia de dinámicas, jardinería, hay talleres, soldadura, no me acuerdo, ¿Qué más era? coloquio individual, coloquio grupal, tiempo y espacio de confrontación, tiempo y espacio para desayuno, comida y cena, como una disciplina como un encuadre, así le llaman ellos, hubo cosas muy bonitas que viví.

Menciona que después de acudir a la fundación, decide asistir a un centro toxicológico del gobierno de la Ciudad de México para atender su consumo, sin embargo, él relata lo siguiente: “estuve durante dos periodos, pero no los terminé, porque no tenía realmente la intención de dejar de consumir”.

Fue inmediatamente después de desistir del centro toxicológico que él menciona que “experimenté un estado completo de terror mental muy feo, y ya no quería consumir” por lo que él decide el seis de abril de 2015 dejar de consumir, esta vez opta por acudir a “drogadictos anónimos”, en ese centro, cumple con una asistencia de 90 días a puerta abierta, sin embargo, durante su estancia, él comienza a experimentar sensaciones y visiones que no eran acorde a su momento actual de abstinencia en el consumo, por lo que su “padrino”, le recomienda acudir a un centro especializado en salud mental y adicciones, y de esa manera es como se incorpora a un tratamiento especializado.

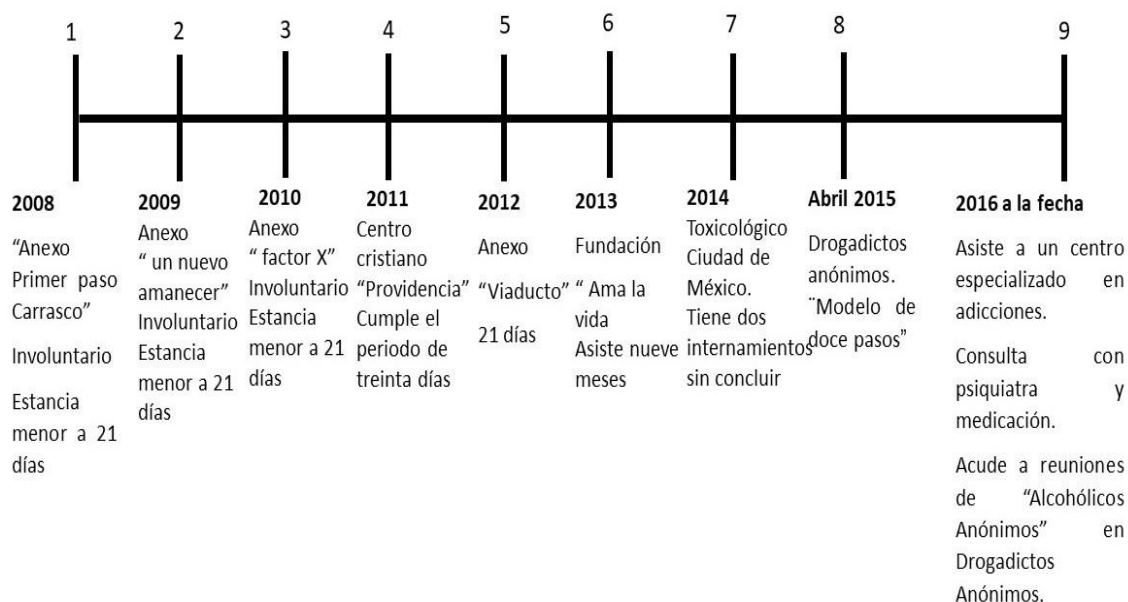
Mi padrino me dijo, ve al centro de tratamiento “Jack”, y pídeles que te ayuden por favor, y no te muevas de ahí hasta que te ayuden, pídeselos, porque para mí lo que tú tienes es mental, porque nadie te va a matar “Jack”, le digo no padrino es que usted no lo siente, yo si siento que me van a matar, “¿Haz matado Jack?”, No, “¿haz agraviado a alguien como para que busque vengarse así?”, No, pero yo lo siento.

Cuando llegué al centro, el doctor me dijo: señor “Jack” ¿ si usted puede apostar su departamento a que lo van a matar, usted lo apostaría?, Sí, definitivamente, sí. Dice el doctor, ¿tan seguro esta?, Sí, siento que me van a matar, lo siento, no vivo tranquilo, estoy ansioso y ya las uñas ya me las había comido demasiado, estaba mal, mal, mal...

En la figura siete, se puede observar cómo la trayectoria de atención de “Jack” inicia al ingresar a un anexo de forma involuntaria, situación que se repetirá en tres ocasiones hasta que acude a un centro cristiano por su propia voluntad. Posteriormente regresa de manera involuntaria a un anexo, en el cual estará 21 días y desiste nuevamente. Pasa alrededor de un año y por voluntad propia empieza un tratamiento en la fundación “ama la vida” donde cumplirá un periodo de nueve meses sin consumir.

En 2014 tiene dos periodos de internamiento en una unidad toxicológica, sin embargo, no concluye las estancias. Un año después, en el 2015, es cuando por voluntad propia acude a Drogadictos Anónimos, y conoce la terapia bajo el modelo de doce pasos. A partir que acude al grupo, su padrino detecta algunos pensamientos negativos y comportamientos obsesivos por lo que hace la sugerencia de asistir a un centro especializado en adicciones para que le ayuden a descubrir si padece algún problema de salud mental. A partir del año 2016 “Jack” acude tanto al centro especializado en adicciones a recibir consulta psiquiátrica y continúa asistiendo a las reuniones de doce pasos en Drogadictos Anónimos. Estas acciones en conjunto han hecho que se mantenga sin consumir sustancias hasta la fecha en que se realizó la entrevista.

Figura 7. Trayectoria de atención “Jack”



5.2.B.1 Análisis de las trayectorias de los participantes

En el caso de nuestros participantes hombres, se observa que todos tienen redes de apoyo para dejar de consumir drogas por parte de su familia de origen, así como de sus parejas. Asimismo el primer recurso para atender su consumo es la auto atención, el que se refiere a la respuesta que dan las personas, para atender su problema de consumo de drogas a través de su medio cotidiano así como con el contacto con otras personas.

Construir las trayectorias de atención a partir de las narrativas de los participantes, muestra que entre las estrategias más comunes para atender su consumo de drogas, se encuentra la autoatención: juramentos religiosos, no consumir por voluntad propia; auto ayuda y atención al asistir a comunidades terapéuticas como los grupos de ayuda mutua -Alcohólicos Anónimos- y centros no regulados (anexos) así como atención alternativa a través de rituales esotéricos con brujos. Estas estrategias anteceden a los tratamientos especializados con profesionales de salud mental en el país -tratamientos residenciales, tratamiento farmacológico, terapia cognitivo conductual, talleres psicoeducativos-.

Lo anterior da cuenta de los servicios que forman parte del sistema de atención para las adicciones en México. En este sentido se puede argumentar que todos los participantes afirmaron que, en los centros de tratamiento no regulados, así como en las reuniones de alcohólicos anónimos, se desarrolla violencia hacia las personas que acuden en búsqueda de tratamiento, específicamente, hay violencia psicológica y física, que en ocasiones ha llegado que se cometan violaciones a los derechos humanos.

Tres de los cuatro participantes, mencionaron que recibieron atención durante los tres primeros años de iniciado su consumo y uno de ellos tardó un promedio de veinte años para aceptar buscar ayuda para dejar de consumir. Solo uno de los participantes mencionó recibir tratamiento farmacológico para atender sus problemas de salud mental. Asimismo, dos de ellos tienen periodos de abstinencia que van de los tres a los doce años, recurriendo a tratamiento profesionalizado, así como a sesiones de ayuda mutua en alcohólicos anónimos y estrategias de índole espiritual y religioso.

En síntesis, las trayectorias de atención permiten identificar los mecanismos de adherencia o no al tratamiento para el consumo de drogas, así como las experiencias planteadas en el proceso de búsqueda de atención, lo que haría más sencillo que las personas que requieren este tratamiento, puedan acudir a los servicios de acuerdo al tipo de consumo que se está teniendo

5.2.C Brechas en las trayectorias de atención en ambos participantes

En la siguiente tabla, se muestra una estimación del tiempo en que inicia el consumo de los participantes así como el tiempo que transcurre para que ellos decidan buscar atención o que inicien algún tipo de tratamiento.

Tabla 5. Brecha de atención entre inicio de consumo y primera vez que recibe atención

Participante	Inicio de consumo	Edad primera búsqueda de ayuda	Lugar al que acudió	Brecha
Selene	17 años	36 años	Centros de integración juvenil	19 años
Martha	15 años	17 años	Grupo 4° y 5° paso	2 años
Clara	14 años	35 años	Centro especializado en adicciones	21 años
Ezequiel	14 años	17 años	Psicóloga en centro educativo	3 años
Toy	13 años	18 años	Anexo	5 años
Jack	14 años	35 años	Anexo	21 años
Jhony	33 años	35 años	Centro especializado en adicciones	2 años

En el siguiente apartado se muestra cuáles son las experiencias asociadas al estigma y las prácticas de discriminación hacia las personas que usan drogas durante sus trayectorias de atención, identificando el origen o fuente de estas actitudes y acciones.

5.3 Experiencias asociadas al estigma y la discriminación referidas por los participantes entrevistados

A continuación, se identifican la presencia de actitudes estigmatizantes y prácticas discriminatorias hacia los participantes entrevistados durante el camino de atención al abuso de drogas. Se indaga desde la percepción de los participantes, si otros consumidores cercanos a ellos han vivido estas experiencias, dando cuenta de las fuentes u origen de donde provienen estas acciones. Se explora acerca del impacto que tiene el estigma y la discriminación en los usuarios de alcohol y drogas, identificando si la internalización del estigma es parte de dichas experiencias, es decir, conocer qué sentimientos le generan estas actitudes y acciones. En la

siguiente tabla se muestran las principales experiencias asociadas al estigma y discriminación reportadas por los participantes durante su trayectoria de atención

Tabla 6. Experiencias asociadas al estigma y discriminación reportadas por los participantes

Participante	Origen de actitudes que estigmatizan y prácticas discriminatorias	Experiencia reportada	Impacto en la persona
Ezequiel	Padre	Lo insulta "adicto" Lo envía de manera involuntaria a un anexo	Desconfianza Resentimiento
	Sociedad en general	Objeto de críticas por consumir solventes/inhalables "monoso", Objeto de críticas por apariencia "rastudo"	Aislamiento Internalizar el estigma (asume que, por tener rastas, consume drogas).
	Otros usuarios de drogas	Objeto de críticas por consumir crack (piedra) "piedroso"	Diferenciarse entre usuarios por el tipo de droga consumida.
	Centro no regulado	Golpes Insultos. Le daban de comer alimentos echados a perder.	Imposibilidad para dejar de consumir y miedo. Desconfianza. Alimentación deficiente para iniciar un tratamiento
	Padrino	Golpes en la cabeza	Resentimiento y ganas de consumir

Tabla 6 (continuación...)

Participante	Origen de actitudes que estigmatizan y prácticas discriminatorias	Experiencia reportada	Impacto en la persona
Selene	Familia	Exclusión de actividades familiares por beber y porque su hijo consume drogas	Internalizar el estigma Resentimiento
	Otros usuarios de alcohol	Insinuaciones sexuales cuando bebe alcohol	Sentirse acosada
	Psiquiatra	Exponer su consumo frente a otros pacientes	Impotencia, resentimiento
	Grupos AA	Uso de groserías en las reuniones.	Sentirse agredida

Tabla 6 (continuación...)

Participante	Fuentes referidas a actitudes que estigmatizan y prácticas discriminatorias	Experiencia reportada	Impacto en la persona
Toy	Vecinos del "barrio"	Expresan que él nunca podrá dejar de beber	Desesperanza
	Centros no regulados "anexos"	Amenazar a sus familiares que nunca saldrá de recuperación. Los padrinos "obligan a las mujeres a tener relaciones sexuales con ellos para que se pueden recuperar" I	Sentirse encarcelado. Resentimiento. Enojo hacia los padrinos
	Sociedad en general	Objeto de críticas e insultos "borracho"	Internalizar el estigma al asumirse como tal

Tabla 6 (continuación...)

Participante	Fuentes referidas a actitudes que estigmatizan y prácticas discriminatorias	Experiencia reportada	Impacto en la persona
Jhony	Ex esposa	Lo jalaba del cabello y golpeaba cuando estaba bebiendo “le hacía licuadoras”	Miedo/inseguridad
	Médico general	El médico lo insulta y le niega la atención al, decirle que sus venas “tienen alcohol, no sangre”.	Enojo/desconfianza
	Centro no regulado “anexo fuera de serie” (personal)	Encadenan a las personas para que dejen de consumir. Obligan a las personas a defecar y orinar en una cubeta Robo de despensa y consumo de alimentos echados a perder.	Miedo La persona se siente humillada. Desconfianza hacia quienes administran el grupo. Alimentación deficiente para iniciar un tratamiento.
	Psicólogos de centro especializado	Indiferencia	Desconfianza
	Hospital general	Negación de la atención por llegar en estado de ebriedad	Problemas de salud
	Padrinos de Anexo	Acoso y abuso sexual hacia las mujeres que van a rehabilitación	Imposibilidad para dejar de consumir

Tabla 6 (continuación...)

Participante	Fuentes referidas a actitudes que estigmatizan y prácticas discriminatorias	Experiencia reportada	Impacto en la persona
Jack	Sociedad en general	Objeto de críticas por consumir drogas “vicioso”.	Internalizar el estigma
	Dealer	Lo golpeó y humilló al no tener dinero para comprar “piedra”	Dolor/miedo.
	Centros no regulados	Groserías en las reuniones.	Centros no regulados

Tabla 6. (continuación...)

Participante	Fuentes referidas a actitudes que estigmatizan y prácticas discriminatorias	Experiencia reportada	Impacto en la persona
Clara	Sociedad en general	Objeto de críticas por consumir Marihuana “pinche marihuana”	Internalizar el estigma
	Ella misma	Autonombrarse “loca”	Internalizar el estigma
	Ex esposo	No permitir que ella saliera de casa fomentando que bebiera alcohol dentro de la casa	Sobreprotección/inseguridad
	Hombres	Insinuaciones sexuales en centros nocturnos por estar bebiendo alcohol o consumiendo drogas	Inseguridad y acoso

Tabla 6. (continuación...)

Participante	Fuentes referidas a actitudes que estigmatizan	Experiencia reportada	Impacto en la persona
“Martha”	Familia	La familia al pertenecer a AA, la excluyen porque ella bebe alcohol.	Resentimiento y ganas de pertenecer a su familia.
	Grupos de 4° y 5 ° paso	.Señalaban como “drogadicta” durante la sesión	Rechazo a los compañeros. Segregarla por consumir drogas.
	Narcotraficantes	Abandonaron en aeropuerto por sobredosis	Desprotección Miedo de morir
	Ex pareja	Obligaba a consumir cristal y prostituirse Golpeaba	Sentir vergüenza de su cuerpo Violencia de género

Como se observa en la tabla seis, una de las principales experiencias reportadas durante las entrevistas fue que los participantes han sido etiquetados o insultados tanto por sus familiares como por la sociedad en general debido a su forma de consumir alcohol y drogas, inclusive por su forma de vestir o apariencia. Lo que en ocasiones ha producido en los participantes una sensación de auto rechazo lo que ha generado una percepción negativa hacia su misma persona.

Un muchacho así con unas rastas, dices “pinche adicto, ni madres”. Bueno yo porque echo cotorreo, pero compas que son bien estudiosos, y tocan, hacen música, hacen cosas chidas, andan en proyectos y aun así han sido juzgados [...] la gente dice: “pinche chango, pinche rastudo, pinche pandroso, pinche punky” (Ezequiel,2018)

Asimismo, otras de las experiencias que tuvieron los participantes fue que sus familiares los llevaron a recibir tratamiento en centros no profesionalizados (anexos)

de manera involuntaria, debido a que sus familiares, no tenían el conocimiento sobre la forma en cómo trabajan “los anexos”.

Por otro lado, una de las prácticas comunes dentro de los grupos de ayuda mutua de doce pasos como Alcohólicos Anónimos, refieren a que existe un tipo de “terapia” que va dirigida, haciendo uso de un lenguaje con muchas groserías y maneras ofensivas de dirigirse a la persona que acude a estos grupos. Para algunas personas, acudir a este tipo de terapia, les quita la motivación de continuar asistiendo, así como de tratar su consumo de sustancias.

“En doble A (AA) se siente mucha agresión, cuando subían a tribuna o luego yo quería subir, puras mentadas, puras groserías y no era algo que me gustara mucho, de hecho, fueron una de esas razones por las que ya no quise ir”. (Selene,2018)

De manera similar, dentro de los centros no profesionalizados (anexos), existe tanto la utilización de un lenguaje ofensivo, así como “aplicaciones” las que tienen que ver con actividades físicas que pueden terminar en humillación o golpes.

“Te subes en la tribuna y te están mentando tu madre, eso también te madrea psicológicamente. También hay aplicaciones, estar todo un día parado, así con las manos atrás y no te puedes parar, te están aventando naranjazos” (Ezequiel,2018)

He visto algunas aplicaciones, a veces, a los que llevan el proceso de anexo, ya cuando nos vamos, según su caldo de oso, lo sacan para torturarlos según para que valoren, les pagan, tiene un miembro masculino, y satánicos, me han comentado, lo poco que he visto , los encierran en cuartos, en el mismo bote hacen del baño y comen , los amarran de las manos y las patas hasta que se tranquilicen, he visto varios procesos de esos (Johny,2018)

Asimismo, los participantes manifestaron que durante su estancia en el “anexo”, la alimentación que les proporcionaban era inadecuada, aunado en que, en algunos centros, el personal se roba la despensa de los pacientes o simplemente no la entregan.

“Nos daban carne radioactiva, así le llamaban ahí, en estado de descomposición, la freían, nos daban frijoles con gorgojo, verduras semi cruda, amarga, cosas hirviendo o hirviendo, me escaldaba la lengua, un encierro total no tenía libertad, sin embargo, hay gente que le funciona eso” (Jack,2018)

En cuanto a las participantes mujeres, se da cuenta que existen actitudes y practicas inequitativas cuando están en búsqueda de tratamiento, y es que las experiencias más comunes, tienen que ver con el acoso y la violencia sexual hacia ellas.

Los anexos, son un buen negocio, además muchos se propasan con las chicas, y es lo que deberían de ver las autoridades, ahí no hay ningún psicólogo, ahí son enfermos que quieren ayudar a los enfermos, yo veía mal supongamos, que los padrinos se llevaran a las muchachas aparte, ya en la noche, y pues uno no es tonto [...] (Toy,2018)

Asimismo, en la narrativa de dos de nuestras participantes, expresaron que habían establecido una relación entre el consumo de drogas y la prostitución, manifestando durante la entrevista, nerviosismo y vergüenza.

Una vez revisadas las principales actitudes y prácticas que estigmatizan y/o discriminan a las personas que usan drogas durante su trayectoria de atención, es importante conocer desde la perspectiva de los participantes, algunas propuestas que pueden ayudar a disminuir o eliminar los modos inequitativos durante el proceso de atención o durante el tratamiento en el que las personas se encuentren.

5.4 Recomendaciones de los participantes para erradicar las actitudes estigmatizantes y prácticas que discriminan a las personas que usan drogas y están en tratamiento.

Algunas de las propuestas que los participantes mencionaron para hacer frente al consumo de drogas, teniendo como meta reducir los malos tratos y las actitudes que se tienen en los contextos de tratamiento.

Una de las principales estrategias que proponen los participantes para afrontar la percepción negativa hacia las personas que consumen alcohol y drogas, es priorizar el desarrollo de campañas educativas donde se explique qué son las drogas y cómo funcionan en el organismo.

Antes que nada, información, no sabemos que lo que sentimos es normal o no es normal [...]no tenemos información sobre las enfermedades psicológicas ni de cómo nos afectan las drogas, nos hace falta información, no nacemos sabiendo (Clara, 2018)

“Que hubiese más campañas, que hubiese más información, por ejemplo, que pusieran la información en las escuelas, dónde van las mamá, los papás, las tiendas, donde uno acude” (Toy, 2018)

Otra de las recomendaciones tiene que ver con la disponibilidad de la información acerca del proceso de atención y tratamientos que se ofrece al usuario, enfatizando en que la atención debe ser adecuada al tipo de consumo y problemática específica que tiene cada persona.

La bronca es que como les ha funcionado a otras personas se puede creer que es un método que ayuda a todas las personas, y pues te mencionaba, hay que fijarse en las particularidades de las personas, en cada individuo no generalizar el tratamiento, (Ezequiel,2018)

La gente se debe de dar cuenta, investigar que institución brinda los servicios adecuados, uno a veces como padre quiere que su hijo deje de consumir y lo lleva al anexo o al grupo, pero no investiga antes. (Johny,2018)

Algunas de las propuestas que hicieron para mejorar la atención, tiene que ver con la formación profesional del personal que atiende los centros de tratamiento así como el tiempo de espera para tener consulta.

“Qué los centros estén vigilados y regularizados por gente preparada, competente, que no padezca la enfermedad, personal que te trate de manera digna, debería de haber una autoridad” (Jack,2018)

Que se les pueda atender de manera rápida, que no alarguen tanto las citas, ese fue el problema que tuve con mi hijo, que le alargaban el tiempo entre consultas y la ansiedad que él tenía por consumir era tan grande que termino recayendo (Selene, 2018)

Cuando los participantes hacen mención a que el personal de salud, tenga una mejor preparación, se refieren a que desarrollen un sentido empático con los pacientes durante el tiempo de la consulta o terapia.

Que no se corte la comunicación, escuchar a las personas, yo sé que pueden ser psicólogo o psiquiatras, pero eso no quiere decir que toda la demás gente va a estar a su mismo nivel, una vez llegue tarde y si hubo un choque, intolerante, así muy incómodo, de por si tengo la sensación de querer huir, y estoy a la defensiva (Selene,2018)

Me ha costado trabajo dejar de consumir, ellos creen que somos huevones, pero en realidad, tienen que conocer la historia desde abajo porque a lo mejor hay personas que sí vivieron en un ambiente saludable pero hubo personas que no vivimos eso, yo

recomendaría mucho, esta parte de empatía que se pongan en una situación, no como la nuestra, sino en otro contexto de vida y qué harían, tú qué harías en esta situación, sensibilizar al personal de las clínicas (Martha, 2018)

Con la finalidad de discutir los datos presentados, plantear una conclusión y recomendaciones para reducir el estigma hacia las personas que consumen drogas, en el siguiente capítulo se hace una valoración de los datos acerca de las trayectorias de atención de los participantes, así como las experiencias que indican la existencia de estigma y discriminación durante el proceso de atención al consumo de drogas en la Ciudad de México.

Capítulo 6. Discusión

El interés de la presente investigación era indagar acerca de las actitudes estigmatizantes y prácticas discriminatorias durante el proceso de búsqueda de atención a los problemas de abuso de sustancias. Los hallazgos dan cuenta de que todos los informantes entrevistados refirieron dichas experiencias, las cuales provenían principalmente de quienes están a cargo de establecimientos no regulados que supuestamente brindan atención y tratamiento a estos problemas. Algunos de ellos se vinculan con grupos de doble AA, aunque no es la generalidad, por ejemplo, padrinos/miembros de Alcohólicos Anónimos por mencionar algunos. Hubo múltiples referencias a prácticas discriminatorias entre las cuales destacan los abusos verbales, las llamadas “aplicaciones”, que consisten en castigos, golpes, humillaciones, maltrato verbal y físico frente otras personas, acoso, violencia sexual e incluso la muerte, similares hallazgos se han reportado en otros estudios a nivel nacional (Mora-Rios et al., 2017; Rafful et al., 2019) e internacional (Corrigan, et al., 2017).

Asimismo, el estigma y la discriminación también proviene de otros grupos, del personal de salud en centros de atención pública y se expresa a través de ciertas actitudes percibidas en los entrevistado(a)s por parte de médicos tratantes y psicólogos, tales como actitudes de desinterés, apatía y negligencia, así como de regaños. Cabe señalar que ninguno de los informantes refirió haber acudido a un centro especializado de atención privada.

De igual manera, al analizar los relatos se observa que hubo múltiples referencias al estigma público, el cual proviene de diversos grupos, como la familia, los vecinos, otros usuarios de drogas entre otros. Algunos ejemplos mencionados por los informantes fueron las miradas de desconfianza y los insultos al nombrarlos públicamente como “piedroso”, “monoso” o “mariguano”. Un informante hizo referencia a ser etiquetado por su apariencia física, ya que usa rastas, al respecto mencionó: “la gente cree que por tener rastas, fumas mota o que la gente que se droga es huevona”. Los dealers y usuarios de drogas no están exentos de estas prácticas, las cuales se dirigen hacia aquellos que no tienen dinero suficiente para

proveerse de estas sustancias, ya que suelen humillarlos y agredirlos físicamente lo que puede desencadenar peleas entre ellos.

Particularmente en el caso de las mujeres, las prácticas de discriminación se vinculan con la violencia de género, siendo objeto de insinuaciones o propuestas sexuales cuando ellas están bajo los efectos del consumo. También son forzadas a vincularse en actividades de riesgo como tráfico de drogas y prostitución. De acuerdo con Torres (2007) en el tráfico de drogas se involucra la violencia sufrida por las mujeres, esta se vive de formas muy sutiles, como, por ejemplo, a través de los vínculos que se establecen en las relaciones de pareja. Al respecto, una de las mujeres entrevistadas en este estudio, refirió haber participado en prácticas de riesgo y de violencia al aceptar realizar la transportación de cocaína de Colombia a México, padecer una sobredosis y engancharse con el consumo de cristal. Este testimonio vincula múltiples condiciones como el género, la precaria situación económica y el abuso de sustancias que vulneran la salud de la entrevistada.

El género es una de las determinantes sociales clave para entender los procesos de exclusión. Si bien las estadísticas a nivel nacional indican un incremento cada vez mayor del consumo de alcohol y drogas, quienes acuden a buscar ayuda para disminuir su consumo son hombres (CONADIC,SSA, 2019). Esto se pudo corroborar durante la fase de trabajo de campo, son pocas las mujeres quienes se acercan a estos servicios, quizás producto del estigma asociado al género y el consumo de sustancias. Al respecto, Lee & Boeri (2017) destaca la manera en que la estigmatización obstaculiza los esfuerzos de recuperación. Una de las dificultades para las mujeres que consumen drogas y son madres es tratar de recuperar la custodia de sus hijos. Dos de ellas dejaron de consumir drogas después de no poder estar con sus hijas, sin embargo, como "ex consumidoras de drogas", la sociedad las estigmatiza y las instituciones reproducen estas prácticas que se traducen en barreras que interfieren con su bienestar, al no proporcionar los medios y las condiciones de cuidado materno infantil.

En cuanto al estigma internalizado o autoestigma, las narraciones de prácticamente todos los participantes, al considerarse como consumidores con problemas de alcohol y drogas refieren una percepción muy negativa de sí mismos,

al referir sentimientos de vergüenza y al aislarse de quienes no consumen. Estos hallazgos dan cuenta lo propuesto por Mathews et al.(2017), quien plantea que la auto estigmatización es resultado de asumir y aplicar los estereotipos sociales en un proceso que conduce a la internalización de la vergüenza social que suele ser común en el consumo problemático de sustancias.

Mora- Rios et al.(2017) menciona que las experiencias comúnmente reportadas por los participantes, dan cuenta del impacto emocional que se tiene al estar expuesto a actitudes y tratos inequitativos mediados en una relación donde domina el poder de acuerdo a las circunstancias vividas. Se encontró que los participantes tuvieron un impacto emocional más severo cuando las experiencias eran humillaciones, golpes, aplicaciones (castigos físicos), acoso y violencia sexual, la mayoría de los participantes informaron que tenían una sensación de desconfianza, aislamiento, prejuicios hacia otros usuarios de drogas, así como apatía ante el tratamiento, lo que fomenta que los participantes decidieran no concluir con el mismo además de tener un autoconcepto negativo de su persona.

Los establecimientos no regulados para la atención del consumo de alcohol y drogas que se basan principalmente en la abstinencia y tratamiento forzado, son el principal recurso al que recurrieron los participantes del estudio para reducir su consumo. Son lugares en los que se ejerce el abuso físico, sexual, psicológico y económico donde se violan sistemáticamente los derechos humanos. Las prácticas descritas en este estudio, poseen semejanza al estudio de Rafful et al.(2019). Respecto a otras opciones de atención, además de que son insuficientes para dar cobertura a la población, carecen de una perspectiva de salud como derecho, además de que se basan en un enfoque de recuperación que en muchos casos se reduce en lograr la abstinencia.

No obstante, como señala Volkow et al.(2016), desde una perspectiva neurobiológica, la adicción a las drogas constituye una interacción dinámica compleja entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Los mecanismos neurobiológicos van desde vulnerabilidades genéticas heredadas hasta interrupciones de las vías neuronales en áreas del cerebro que regulan funciones como la motivación, la experiencia del placer, la memoria y el aprendizaje.

Bajo estos argumentos, la recuperación implica, la abstinencia del consumo como resultado, sin contemplar factores como la recaída, lo cual responde a la lógica de la medicalización.

En contraste, desde una perspectiva psicosocial. Corrigan et al. (2019) considera que no basta con que la persona se mantenga sin consumir y/o *“estar limpio” para lograr la recuperación del trastorno por uso de drogas*, sino que es parte de un proceso continuo en el que las recaídas forman parte del mismo. Por ejemplo, en las narrativas de los informantes, disminuir el consumo de sustancias, representa una gran dificultad debido a las diversas circunstancias que va experimentando, tales como falta de apoyo social, inestabilidad laboral y económica así como las barreras para acceder a lugares especializados de atención.

Con respecto a las trayectorias de atención, se observó que los participantes con una trayectoria de atención más amplia, fueron quienes lograron mantenerse más tiempo sin consumir. Es importante destacar que hacían uso simultáneo de distintas estrategias para dejar de consumir, desde prácticas de autocuidado de la salud, hasta el uso de servicios de lugares de atención especializada en adicciones y salud mental, lo que ahora representa para ellos un proyecto de vida incluyente, al incorporar actividades laborales, sociales, comunitarias y de esparcimiento.

6.1 Limitaciones del estudio y sugerencias para investigaciones a futuro

Al tratarse de un estudio cualitativo, no se pretende generalizar los hallazgos a otros usuario(a)s de drogas en la Ciudad de México, sino que se basó en una serie de testimonios basados en la experiencia de siete usuario(a)s de ambos sexos, lo cual fue de gran utilidad para entender el proceso de búsqueda de atención para el abuso de sustancias y el papel que juega el estigma y la discriminación en dichas trayectorias, además, el estudio ofrece la posibilidad de observar la asistencia de los usuarios a los centros de tratamiento lo que ilustra el fenómeno a nivel nacional. Una de las principales dificultades al abordar el estudio de las trayectorias de atención tiene que ver con la dificultad de ubicar información específica sobre el tiempo de asistencia al tratamiento o del uso de un servicio, fue común que el entrevistado omitiera ofrecer información específica sobre los eventos relacionados

al consumo en un determinado periodo de su vida y esto representaba una dificultad para poder contar con información más precisa.

Sin embargo, uno de los principales alcances de la investigación cualitativa, fue que se amplió la posibilidad de abordar las trayectorias en términos de proceso, recuperando la perspectiva de los usuarios de drogas. Ello permitió identificar otras temáticas relevantes tales como la violencia de género, la discriminación estructural y la interseccionalidad al incorporar en el análisis los determinantes sociales para lograr una visión más integral del fenómeno de las adicciones.

A lo largo de la entrevista, se escaparon algunas temáticas emergentes, no obstante, durante el proceso de investigación, estar en contacto con los participantes, hizo posible adquirir mayor receptividad, esto facilitó al investigador adecuar las preguntas a las temáticas de interés. A pesar de haber desarrollado una guía de entrevista temática, en la que se exploraron las narrativas de los informantes y se conocieron las experiencias durante su trayectoria de atención para afrontar su problemática en el consumo de alcohol y drogas, existieron situaciones que no pudieron ser documentadas de acuerdo al tipo de estrategia utilizada, por lo que se recomienda realizar investigación multi método: observación participante y entrevista semiestructurada dentro de las instituciones para dar cuenta de las prácticas relacionadas con el ejercicio de poder que existen entre los profesionales de salud tratantes, los usuarios que acuden a los servicios de atención y sus familiares(van Dongen, 2005).

6.2 Recomendaciones para reducir el estigma y la discriminación hacia las personas que usan drogas

En México, el Gobierno Federal ha propuesto mediante la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones “Juntos por la paz” un posicionamiento más pragmático al transitar de la óptica de la criminalización del consumo de drogas hacia una perspectiva que trate a la persona que padece la problemática como un sector de la población digna de derechos, apoyo, inclusión y vinculación. Asu vez, se ha manifestado de manera pública, que el consumo de sustancias psicoactivas ha crecido más rápidamente en las mujeres y afecta de forma prioritaria a las

juventudes y a la niñez. Por ello, la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones hace énfasis en niños, niñas y jóvenes, con un enfoque de género (CIJ,2019)

El posicionamiento actual coincide con la reciente valoración que se hizo hacía que el sistema de salud mental en México desarrolle cambios estructurales en la forma de operación, cuya la finalidad busca atender las necesidades de la población, reducir la brecha de atención y disminuir el estigma. Lo anterior permitirá el acceso para todas las personas a servicios integrales de salud mental y adicciones, en condiciones de igualdad y sin discriminación (Poy-Solano,2019)

El tema del estigma y la discriminación ha cobrado auge en la última década, a principios del presente año, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) realizó la reunión llamada “ Inclusion not exclusión” en la que participaron 50 expertos que incluyo a investigadores de países como Canadá, Australia, Uruguay y México así como miembros de la sociedad civil, en la que se abordaron las implicaciones sociales del estigma para las personas que consumen droga, lo que representa uno de los asuntos prioritarios en la agenda internacional (UNODC,2020).

Entre las prácticas propuestas en dicha reunión para reducir el estigma y la discriminación destaca la educación de profesionales de la salud y otros proveedores de servicios así como una comprensión cuidadosa y apropiada de la evidencia científica (Corrigan, 2016b), modificar el lenguaje al referirse al uso y abuso de sustancias (Kelly et al., 2016; Corrigan,2018), apoyar la participación significativa de personas con experiencias vividas para el desarrollo de políticas y servicios (Corrigan, 2018), así como ampliar el contacto con la población de usuarios de drogas (Ronzani et al., 2017).

Con relación a las intervenciones anti estigma, Mascayano et al.(2019) proponen la necesidad de ampliar la investigación en esta línea, principalmente en América Latina por la brecha que existe entre los países de bajos y altos ingresos, lo cual implica emplear procesos de adaptación cultural, mejores diseños de investigación, con períodos de seguimiento más largos y estrategias más adecuadas para incorporar características culturales relevantes de cada comunidad.

Actualmente Canadá es el país pionero en focalizar sus esfuerzos en una política de salud que busca erradicar el estigma y la discriminación en varias condiciones que se intersectan: el racismo experimentado por las primeras naciones: pueblos inuit y métis; el racismo experimentado por los africanos, caribeños y canadienses negros; estigmas experimentados por personas LGBTQ +(estigma sexual y estigma de identidad de género); estigma de enfermedad mental; estigma en el uso de sustancias; estigma del VIH y estigma de obesidad (Tam, 2019).

Con la finalidad de mostrar un ejemplo de política pública anti estigma, Jacob & Skinner (2015) hacen un análisis crítico de una estrategia pública para reducir el estigma hacia la enfermedad mental y uso de sustancias en población general, la campaña se desarrolló en Toronto, Canadá, por medio del Centro para la Adicción y Salud Mental (CAMH). Los autores explican que CAMH lanzó la primera etapa de la campaña de tres partes “Defeat Denial” en junio de 2012. “La campaña comenzó con una promoción inicial en paradas de transporte público a fines de mayo de 2012. en la cual CAMH no fue nombrado, focalizada en el área metropolitana de Toronto, la campaña comenzó formalmente a principios de junio de 2012 con anuncios publicitarios en cines, así como carteles publicitarios, metro, radio, periódicos y anuncios en línea. Con el objetivo de fomentar una conversación pública más amplia, la campaña incluyó un componente interactivo en línea, a través de los sitios de redes sociales Facebook y Twitter, así como a través de un sitio web dedicado a la misma. El objetivo de la campaña era desafiar el estigma asociado con la enfermedad mental al fomentarle a las personas a repensar sus percepciones de la enfermedad mental y la adicción, así como a crear conciencia sobre el trabajo de CAMH”(Jacob & Skinner, 2015, p.7-8).

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta la dimensión social del fenómeno una de las implicaciones de esta investigación consiste en ampliar la investigación en estigma y adicciones en México desde una perspectiva interseccional. Por otra parte, a nivel de las políticas públicas, si bien actualmente en nuestro país se ha establecido una estrategia nacional de prevención en adicciones denominada “Juntos por la Paz” en la que el interés se ha centrado en la adopción de una política integral más incluyente dirigida a jóvenes y mujeres.

Sin embargo, recientemente en Marzo, se hizo de manera pública la segunda fase de la campaña nacional contra las adicciones, en la que se continúan fomentando estereotipos de las personas que usan drogas, sin distinguir entre uso no problemático y trastorno por uso de sustancias (Álvarez, 2020), por lo que es necesario proponer acciones específicas para desarrollar una política pública que contribuya a disminuir el estigma y la discriminación en esta población.

6.3 Conclusión

De acuerdo a los testimonios de los siete informantes que participaron en el estudio, se identificaron experiencias de estigma relacionadas al consumo de drogas durante el camino de atención:

- Se encontraron experiencias de estigma y discriminación en las trayectorias de atención de los participantes, la mayoría de ellas se presentan en centros de tratamiento no regulados, con personal de salud y otros usuarios de drogas.
- Los participantes durante el proceso de atención asumen los estereotipos negativos del consumo de alcohol y drogas, proyectándolos en su persona, internalizando el estigma, lo que dificulta el proceso de tratamiento.
- El tratamiento suele ser un espacio donde regularmente asisten hombres, por lo que se necesita que los tratamientos tengan perspectiva de género, además que el personal de salud sea capacitado para atender problemáticas específicas de la población tratante.
- Las mujeres y los jóvenes que acuden a tratamiento para el consumo de drogas, representan a un sector de la población muy vulnerable al no contar con el apoyo y tratamientos que tengan perspectiva de género y juventud.
- Algunas sustancias tienen mayor impacto en las funciones mentales, físicas y reproductivas de las mujeres aunado a que cuentan con menos apoyo social y familiar, teniendo en ocasiones mayores responsabilidades cuando asumen la custodia de sus hijos, por lo

que acudir a tratamiento supone un riesgo para el cuidado y la crianza.

- El tratamiento no debe ser forzado o contra la voluntad y la autonomía de la persona, por lo que se debe obtener su consentimiento antes de cualquier intervención o tratamiento. El individuo con un trastorno por consumo de drogas debe ser reconocido como una persona con un problema de salud que merece un tratamiento similar al que se le brinda a los pacientes con otras enfermedades psiquiátricas o problemas médicos.

Por último, los hallazgos del estudio, revelan que los prejuicios, la discriminación y la violencia son uno de los grandes obstáculos para que las personas con trastornos por uso de sustancias obtengan la atención que necesitan. Se sugiere impulsar la investigación en esta área, con base en la necesidad de examinar cómo el estigma de la adicción tiene sus variaciones de acuerdo a la diversidad poblacional ya que esta información será de gran utilidad para desarrollar programas anti estigma de acuerdo a las necesidades específicas de los diferentes grupos.

ANEXOS

A) Norma Oficial Mexicana 028-SSA-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones

La Norma Oficial Mexicana 028-SSA-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones (SSA, 2009). Esta Norma Oficial Mexicana es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones.

De acuerdo con la NOM-028-SSA-2009, los establecimientos especializados en adicciones que proporcionan atención residencial deben contar con el aviso de funcionamiento respectivo, así como con el registro como institución especializada ante el CONADIC además de tener un programa general de trabajo aprobado por el CONADIC, en el que se contemple el tratamiento médico y/o psicosocial basado en principios científicos, sociales y éticos. A continuación se describen los lineamientos a los que se tiene que adherir los centros de tratamiento para que pueda prestar servicios a la población con problemas en el consumo de drogas.

1. Los centros de tratamiento deben tener un reglamento interno, manuales técnico-administrativos, y guías operativas de referencia y contrarreferencia a otros establecimientos de mayor complejidad, de acuerdo con el cuadro clínico.
2. En cuanto a la infraestructura, debe contar con Instalaciones y equipo apropiado para el desarrollo de sus funciones, de acuerdo con el tipo de modelo de atención que brinden, así como instalaciones específicas necesarias para dar atención a los usuarios, estableciendo perfectamente la división de acuerdo con su grupo de edad y sexo.
3. Los centros de tratamiento deben tener personal capacitado y suficiente para llevar a cabo las funciones del establecimiento. El tratamiento

médico y/o psicosocial, debe realizarse de acuerdo con los principios científicos, sociales y éticos aplicables.

4. La alimentación suministrada a los usuarios debe ser balanceada, de buen aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo con el estado de salud del usuario,
5. Ambiente y acciones que promuevan la participación activa del usuario en su tratamiento,
6. El personal que labora en los establecimientos especializados en adicciones, tiene la obligación de vigilar, proteger y dar seguridad a los usuarios, mientras permanezcan en el mismo,
7. La relación del personal con los usuarios se basará en el respeto a su persona, a sus derechos civiles y humanos, así como a sus pertenencias,
8. Proporcionar un servicio de quejas y sugerencias para usuarios y familiares, que garantice el que sean tomadas en cuenta para la solución, vigilancia y seguimiento de las peticiones,
9. El establecimiento debe promover, a medida de lo posible, la participación de la familia en el proceso de atención a los usuarios y hacerla corresponsable de acciones concretas propias del proceso de atención,
10. Se debe informar sobre el costo directo o indirecto y total del tratamiento, así como su duración, en el momento del ingreso o cuando cualquier persona solicite información.
11. Toda medicación suministrada al usuario debe ser prescrita por un médico y ello debe ser registrado en el expediente clínico del usuario. Asimismo, todo usuario que ingrese al establecimiento con una prescripción médica o con un esquema de tratamiento previo, deberá tener continuidad en su terapéutica, por lo que el responsable del establecimiento se debe comprometer a administrar los medicamentos en las dosis y horarios prescritos, pudiendo ser interrumpidos previa valoración médica,

12. Toda información proporcionada por el usuario y/o familiares del mismo, así como la consignada por escrito en su expediente, deberá manejarse bajo las normas de confidencialidad y el secreto profesional,
13. La información sobre el proceso del tratamiento no se revelará a individuo o autoridad alguna, si no es con el consentimiento escrito del usuario, salvo los casos previstos por la ley,
14. En ninguno de los tratamientos se permitirán grabaciones de audio, video o fotografías, en modalidad alguna de tratamiento, sin explicar su finalidad y previo consentimiento informado y por escrito del usuario, familiar más cercano en vínculo, tutor, curador y, en su caso, representante legal,
15. El establecimiento debe contar con un directorio de instituciones y servicios para la referencia o canalización de los usuarios en situaciones de urgencia, tratamiento y rehabilitación, avalado por el CONADIC,
16. El programa de trabajo del establecimiento deberá contar con la especificación de las actividades de rehabilitación que deberán desarrollarse en el mismo, en términos de las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores y la familia.
17. Notificar mensualmente al SISVEA, mediante el llenado de cuestionarios sobre Consumo de Drogas para cada usuario de nuevo ingreso registrado, siempre respetando el anonimato del usuario.
18. El ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones con modelos profesional y mixto podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio, y en el de ayuda mutua será estrictamente voluntario, pudiendo darse el ingreso obligatorio en los establecimientos que operen bajo este modelo que estén reconocidos por el CONADIC, debiéndose ajustar a los procedimientos siguientes:
19. El ingreso voluntario requiere de solicitud del usuario por escrito, haciendo constar el motivo de la solicitud; en caso de ser menor de edad se requiere de la solicitud por escrito de sus padres, representante legal o tutor.
20. El ingreso en forma involuntaria se presenta en el caso de los usuarios que requieren atención urgente o representan un peligro grave e

inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, el usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del establecimiento.

21. Todo internamiento involuntario deberá ser notificado por el responsable del establecimiento al Ministerio Público de la adscripción, en un plazo no mayor de 24 horas posteriores a la admisión.
22. El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el usuario lo amerite de acuerdo con el examen médico que le sea practicado.
23. Tratándose de un menor de 16 años, sólo se le ingresará cuando existan programas y espacios adecuados e independientes, de acuerdo con la edad y sexo, de lo contrario deberá ser referido a los establecimientos encargados de la atención a menores.
24. El egreso del usuario del establecimiento especializado en adicciones podrá ser por los siguientes motivos:
 25. Haber cumplido los objetivos del internamiento,
 26. Traslado a otra institución,
 27. A solicitud del usuario, con excepción de los casos de ingresos obligatorios e involuntarios,
 28. A solicitud del familiar autorizado, representante legal o tutor y con el consentimiento del usuario.
 29. Abandono del servicio de hospitalización sin autorización médica, debiéndose notificar al Ministerio Público del lugar de la adscripción del establecimiento, disposición de la autoridad legal competente, y defunción

B) Principios éticos en investigación

a) Respeto por las personas (CIOMS 2002:21) (RLGS,art.13)

Se recurre al principio protección de las personas con autonomía disminuida ya que se trabajó con un sector poblacional denominado como vulnerable: usuarios de alcohol y drogas que se encuentra en tratamiento ambulatorio – consulta externa-.

La persona tomó la decisión de participar en la investigación por lo que se respetó su autonomía en todo momento. Para asegurarnos que la autonomía del participante, se incluyó en el estudio a aquellas personas que no estaban bajo los influjos de alguna droga y que entendieron la información y los beneficios que plantea esta investigación. Asimismo, el entrevistador evitó generar en ellos comportamientos que pudieran incidir en su tratamiento: tales como llevar u oler a cigarrillos, uso de parafernalia – encendedores, cerillos- así como hacer uso de ropa u accesorios que refieran a alguna sustancia o evento social.

b) No maleficencia (no causar daño) y Beneficencia (CIOMS,2002;21).

Se evito causar daño, previniendo malestares físicos y psicológicos tanto a los participantes, como para el investigador. El investigador tiene los recursos y herramientas de contención emocional durante la realización de la investigación.

c) Justicia (CIOMS,2002;21)

Los participantes fueron seleccionados de manera que todas las personas que se encuentren en consulta externa tengan la posibilidad de participar, se trabajará con hombres y mujeres mayores de edad, consumidores de algún tipo de droga legal o ilegal.

d) Consentimiento informado, (pauta 4 CIOMS, 2002) (RLGSM, art. 20 -21)

1: Acercamiento con la población de estudio

Se realizaron las primeras aproximaciones a campo, se conocieron las dinámicas del lugar y se establecieron relaciones de colaboración con el personal de salud para facilitar el acceso con las personas de consulta externa.

2: Obtención del consentimiento (RLGSM, Art 23,)

Se invitó a participar a las personas en la investigación, mencionando que su colaboración es completamente voluntaria por lo que la decisión de participar es libre. Asimismo, se les mencionó que su participación es independiente al tratamiento que recibe y que podrá suspender su participación en el momento que así lo decida. Una vez que la persona decidió participar, el investigador se sentó con él/ella y le explicó de manera clara el contenido de la carta del consentimiento informado, al concluir con la revisión el participante autoriza su participación con su firma de enterado. de la carta, se firmara y se dará inicio a la entrevista.

e) Protección de la confidencialidad, (pauta 18 CIOMS,2002)

Se protegerá los datos e identidad de los participantes mediante la asignación de un seudónimo o alias el que se vinculará con un código de identificación, en todo momento se antepondrá el respeto al anonimato de los participantes.

f) Beneficios y riesgos de participar en un estudio, (pauta 8 CIOMS, 2002)

Directo: Los beneficios directos para el informante por participar en el estudio, serán proporcionarles información impresa sobre los temas de estudio (tríptico) y otros relacionados con la promoción de la salud mental. De igual manera, se le brindará un listado de Instituciones y lugares que proporcionan asesoría jurídica, capacitación laboral, cursos escolares y actividades culturales o recreativas en la Ciudad de México. También se ofrecerá una presentación general sobre los temas de estudio a los usuarios de los servicios y personal de salud, en caso de que los centros de atención así lo autoricen. Además de otros derechos, por ejemplo, el poder acceder a su entrevista en caso de estar interesado(a) y de ser informado sobre su participación en el proyecto.

Indirecto: Los beneficios indirectos serán para la población que acude al centros de atención en adicciones, ya que los hallazgos obtenidos de manera global, se proporcionarán a las instituciones participantes para que tomen las acciones necesarias para lograr mejoras en la atención para combatir el estigma de las enfermedades mentales. Otra de las contribuciones esperadas del estudio es generar conocimientos para combatir el estigma y promover la inclusión social en las áreas de atención a las adicciones

Riesgo: En caso de que los participantes llegaran a expresar alguna incomodidad o malestar emocional durante la entrevista, se les proveerá de contención emocional y se notificará de inmediato a su médico tratante.

g) Privacidad

Como medida para atender la privacidad de los participantes, se codificaron sus datos principales además no se publicarán resultados hasta el término de la investigación.

C) Carta de consentimiento informado

Carta de consentimiento informado para el proyecto de investigación

Estigma y discriminación en las trayectorias de atención de los usuarios de alcohol y drogas que acuden a dos centros especializados en adicciones en la Ciudad de México.

Buenas tardes, mi nombre es Oscar Espin, pertenezco al programa de Maestría en Ciencias Médicas Odontológicas y de la Salud de la Facultad de la Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México. Estoy llevando a cabo un estudio al que deseo invitarle a participar. El objetivo del estudio es explorar las experiencias de atención que han tenido las personas que acuden a centros especializados en adicciones para hacer frente a su consumo de alcohol y drogas. Esta información será de gran utilidad para identificar necesidades de atención para hacer frente al consumo de sustancias, y podría ser útil para proponer acciones que ayuden a mejorar la calidad en los servicios de atención. En caso de que acepte colaborar de manera voluntaria, su participación consistirá en una entrevista, esta actividad se llevará a cabo en el transcurso de una hora y media aproximadamente. Para facilitar el registro de la información, se solicita su autorización para grabar el audio de la entrevista y también para tomar notas. Cabe señalar que esta información es confidencial, esto quiere decir que solo yo tendré acceso a la información que me proporcione. Usted podrá elegir un seudónimo que quedará asociado con sus respuestas y esta información no será dada a conocer al equipo de salud que le brinda atención en este centro.

Es importante enfatizar que si algún tema o pregunta que le plantee le produce incomodidad, usted decide si la responde o no, e incluso puede solicitar que la información que usted elija no sea grabada, así como abandonar su participación en la entrevista en el momento en que lo decida sin ninguna repercusión en la atención que actualmente recibe, ya que esta es una actividad de investigación totalmente independiente de los servicios que se le proporcionan en este centro.

Existen riesgos mínimos por participar en el estudio, no obstante, a manera de devolución, al final de la entrevista se le brindará información impresa con los temas de estudio y si usted tiene interés, se le proporcionará información sobre

instituciones o lugares de atención relacionados con asesoría jurídica, capacitación laboral, cursos escolares o actividades recreativas y culturales, si así lo desea.

Después de haber leído el consentimiento informado y hablar directamente con el responsable del estudio, manifiesto que ha respondido mis preguntas y aclarado mis dudas, entiendo que puedo realizar cualquier pregunta durante el estudio y que puedo suspender mi participación en el momento que yo lo decida sin que esto interfiera en la atención que recibo en este centro. Además, mi identidad será resguardada mediante un seudónimo.

Por lo anterior decido participar voluntariamente en este estudio y autorizo el registro en audio de la entrevista.

Ante cualquier duda o inquietud con respecto a mi participación en el estudio podré contactarme directamente con Oscar Hugo Espin García en el siguiente correo electrónico: oscarinvestigacion12@gmail.com o bien con la Dra. Cristina E. Lóyzaga Mendoza a través del siguiente número telefónico 4160-5258

_____	_____
Firma del participante	Fecha
_____	_____
Nombre y firma del investigador	Fecha
_____	_____
Firma de testigo 1	Fecha
_____	_____
Firma de testigo 2	Fecha

D) Guía de entrevista a usuarios de drogas

Datos Generales

Fecha:

No. Entrevista:

Lugar:

Delegación/municipio:

Entrevistador:

Hora inicio:
conclusión

Hora de

Duración

Sección 1.- El usuario y su contexto

Objetivo: Conocer las características sociodemográficas del entrevistado

Para comenzar la entrevista, me gustaría conocer algunas características de usted.

1. ¿De dónde es originario/a?,
2. ¿Desde hace cuánto tiempo vive en la Ciudad de México?,
3. ¿Qué edad tiene?
4. ¿Cuál es su estado civil?
5. ¿Actualmente practica alguna religión? ¿cuál?
6. ¿A qué se dedica?
7. ¿Me podría decir hasta qué grado fue a la escuela?
8. ¿Con quién vive?
9. ¿Cómo es la zona donde vive, descríbala?
10. ¿Cuáles son los cambios más importantes que ha vivido usted y su familia en el último año?

Sección 2.- Breve historia del consumo de drogas y su impacto en el usuario

Objetivo: Indagar acerca del patrón de consumo del usuario identificando el inicio, las razones para consumir así como los efectos y consecuencias a nivel familiar, laboral y comunitario.

Platíqueme....

11. ¿Cómo inicio su consumo de drogas?
12. ¿Qué pensó y que sintió cuando consumió por primera vez?
13. ¿Cuál fue la droga con la que inicio?
14. ¿Cuáles son las drogas que más utilizaba en ese momento?
15. ¿Con qué frecuencia las utilizaba?

16. ¿Dónde las conseguía?
17. ¿Qué hacía para conseguirlas?
18. ¿Cuánto gastaba al mes en sus consumos?
19. ¿Qué efectos ha tenido su consumo (positivo o negativo) en su familia, trabajo, y amistades? (anécdota/ejemplo)
20. ¿Ha habido algún momento en el que decidió reducir su consumo o dejar de consumir? platíqueme acerca de su experiencia ¿Por qué lo decide? ¿Cómo fue que llegó a pensarlo?
21. ¿Estas decisiones de abandonar el consumo provienen de usted mismo o de otra persona cercana a usted? (pareja, familiares, amigos, terapeutas)
22. ¿Cuénteme de la última vez que consumió drogas? ¿cómo fue? ¿qué ocurrió? (anécdota/ ejemplo)
23. ¿Cuáles son los motivos para que usted deje de consumir?

Sección 3.- Trayectorias de atención para el consumo de drogas del usuario

Objetivo: Identificar cual ha sido el camino o itinerario terapéutico que han seguido los informantes para hacer frente a su consumo de drogas

24. Por lo que me ha comentado hasta ahora, me gustaría conocer ¿cuál es el camino que ha seguido para atender su consumo de drogas?
25. ¿Cuáles son los tratamientos o recursos para hacer frente al consumo de drogas que usted conoce?
26. ¿Qué fue lo que hizo para atender su consumo de drogas?
27. ¿Qué tipo de ayuda ha recibido para atender su consumo?
28. ¿Cuánto tiempo transcurrió desde que inicio a consumir para buscar algún tipo de ayuda?
29. ¿Quiénes son las personas que comparten el interés de que usted deje de consumir y qué han hecho en este proceso?
30. Una vez que usted decide disminuir su consumo, platíqueme ¿Qué fue lo que ocurrió para que llegará a ese lugar o con esa persona e iniciar su tratamiento?
31. ¿En qué consistía el tratamiento que le daban?
32. ¿Qué tipo de atención esperaba recibir en ese lugar?
33. En su opinión, ¿cuáles son las barreras u obstáculos que tienen los usuarios de drogas en la búsqueda de atención? ¿Usted ha vivido algunas de estas barreras, cuáles?
34. ¿Cuáles son las razones que usted conoce por la que las personas no asisten a un centro de atención o tratamiento?
35. Con base en los tratamientos a los que ha acudido ¿Qué tanto conoce usted de las alternativas que existen para dejar de consumir sustancias?
36. Platíqueme, ¿cómo ha sido su vida después de acudir a tratamiento?, ¿ha mejorado? ¿qué ha ocurrido? ¿ha sido de utilidad?

37. En su opinión ¿qué ayudaría para que las personas cumplieran el propósito de dejar de consumir drogas?

Sección 4.- Experiencias de estigma y discriminación durante el tratamiento.

Objetivo: Explorar si se presentan actitudes estigmatizantes y prácticas discriminatorias dentro del proceso de atención así como las fuentes de procedencia de las mismas

38. Una vez que me ha comentado sobre la historia de su consumo, y lugares que ha recurrido para atenderlo, me gustaría saber si ¿alguna vez en la vida ha sido tratado de manera injusta o si ha sido objeto de malos tratos por su consumo de drogas? ¿dónde? ¿por quienes?
39. ¿Qué impacto tendrán estas experiencias en las personas que consumen?
40. ¿Qué sintió después de que las personas tuvieran esas actitudes hacia usted?
41. ¿Qué piensa sobre la forma en que las demás personas observan a quienes consumen drogas?
42. ¿Cómo se siente al estar con personas que siguen consumiendo drogas?
43. En su experiencia, ¿usted ha visto que algunas personas consumidoras o ex consumidoras de drogas se rechazan a sí mismos y a otros usuarios? ¿Por qué cree que ocurre?
44. ¿Tiene algún amigo o conocido que le haya contado haber sentido vergüenza por consumir drogas?, ¿Qué fue lo que le contó? ¿Qué recuerda de esa experiencia? (abrirlo)
45. Y usted... ¿cómo se siente al estar actualmente en tratamiento para reducir su consumo de drogas? ¿
46. ¿Qué piensa sobre todo lo que me comentó, ¿esas ideas o estereotipos negativos son comunes en las personas que usan drogas o que dejan de consumirlas?
47. ¿alguna vez las aplicó en usted?

Sección 5.- Reflexiones de los participantes

Objetivo: Conocer las sugerencias para reducir el estigma y discriminación desde la perspectiva de los informantes

48. De estos impedimentos que me comentó, ¿qué ayudaría a que las personas tuvieran una atención más inmediata?
49. Con relación a las prácticas y actitudes que ocurrieron durante su estancia en tratamiento, ¿Qué tendría que suceder para erradicar o combatir esas ideas?

50. Me gustaría conocer cuáles son sus recomendaciones sobre la respuesta del personal de salud, familiares y personas que atienden a los consumidores de drogas, ¿qué tendría que ocurrir para reducir las actitudes y prácticas negativas que tienen hacia la población que atienden?
51. Retomando las experiencias que me acaba de relatar, me podría comentar ¿de qué depende o de quién depende que una persona que tiene problemas con su forma de consumir drogas tenga o no una atención temprana?
52. Para concluir, me gustaría saber ¿cómo se sintió en la entrevista?, ¿hubo algún tema que usted haya querido hablar y que no se haya tocado en la entrevista.?

Agradezco su tiempo de participación

Referencias bibliográficas

1. Acuña & Bolis (2005). La estigmatización y el acceso a la atención de salud en América Latina: Amenazas y perspectivas. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud.
2. Adlaf EM, Hamilton HA, Wu F, Noh S. (2009). Adolescent stigma towards drug addiction: Effects of age and drug use behavior. *Addict Behav.* 2009; 34:360–364.
3. Adler P.(1993). *Wheeling and Dealing: An Ethnography of an Upper-Level Drug Dealing and Smuggling Community.* New York: Columbia University Press; 1993.
4. Ahern J, Stuber J, Galea S. (2007). Stigma, discrimination, and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend.* 2007; 88:188–196.
5. Allport, G. (1955). *La naturaleza del prejuicio.* Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.
6. Álvarez, Gerardo. (2020). Sin más evidencia que el prejuicio: la segunda fase de la campaña contra las drogas del gobierno federal. En *Animal Político*, 25 de Marzo 2020.
7. Andersen, R.M. (1995). Revision the behavioural model and access to medical care: Does it matter? *Journal of Health and Social Behaviour.* Vol. 36,1-10.
8. Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, 5a Ed. Arlington.
9. Atkinson, P.; Coffey, A. y Delamont, S. (2001) A debate about our canon». *Qualitative Research*, 1 (1), pp. 5-21.
10. Bard ND, Antunes B, Roos CM, Olschowsky A, Pinho LB. (2016). El estigma y el prejuicio: la experiencia de los consumidores de crack. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2016;24:e2680.
11. Berenzon, S & Juárez, F. (2005). Atención a pacientes pobres con trastornos afectivos de la Ciudad de México: Mental health. *Rev. Saúde Pública* 2005;39(4):619-626.
12. Berenzón, S, Saavedra, N & Alanís-Navarro S. (2009), Estrategias utilizadas por un grupo de mujeres mexicanas para cuidar su salud emocional: autoatención y apoyo social. *Salud Publica México.* 2009;51:474-481.

13. Blendon RJ, Young JT. The public and the war on illicit drugs. *JAMA*. 1998; 279:827–832. [PubMed: 9515986]
14. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C et al. (2007). Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *American Journal of Public Health*. September 2007; Vol. 97, No.9:1638-1643.
15. Borges G, Medina-Mora ME, Lara MC, Zambrano & Fleiss. (2007). Alcohol use and alcohol use disorders in Mexico. *Contemp Drug Problems* 2007;34(3):389-410.
16. Borghuis, M- (1990)- Alcohol en drugs: Preventie in de jeugdhulpverlening. *Jellinek Journal*, 4(4):20-23, 1990
17. Bourgois P. (2003). *In search of respect: Selling Crack in El Barrio*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003.
18. Bourgois P., Schonberg J. (2009). *Righteous Dopefiend* (California Series in Public Anthropology) Berkeley, CA: University of California Press;
19. Buchanan J, Young L. The war on drugs: A war on drug users? *Drugs: Edu Prev Pol*. 2000; 7:409–422.
20. Burke, Calabrese, Dovidio, Levina, Uusküla, Niccolai, Ollo & Heimer. (2015). A tale of two cities: Stigma and health outcomes among people with HIV who inject drugs in St. Petersburg, Russia and Kohtla-Järve, Estonia. *Social Journal of Science & Medicine*, Volume 130, April 2015, Pages 154-161
21. Braun, V & Clarke, V. (2006). *Using thematic analysis in psychology*.
22. Cama E, Brener L, Wilson H & Von Hippel C. (2016) Internalized Stigma Among People Who Inject Drugs, *Substance Use & Misuse*, 51:12, 1664-1668.
23. Campo, A, Oviedo, H & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de servicios para la salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2014;43(3):162–167.
24. Centre for Addiction and Mental Health. (2008). *Methadone Maintenance Treatment: Client Handbook* (revised ed). Toronto, Canada.
25. Centre for Addiction and Mental Health. (2010). *Addiction an information guide: A guide for people with addiction and their families*. Toronto, Canada.
26. Centros de Integración Juvenil. (2019). *Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones “Juntos por la paz”*. Revisado Enero 22, 2020.

<https://www.gob.mx/salud%7Ccij/articulos/estrategia-nacional-de-prevencion-de-adicciones-juntos-por-la-paz>

27. Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), Centro Nacional para la Prevención y Control de las Adicciones (CENADIC), Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD-OEA). (2011). Diagnóstico Nacional de Servicios de Tratamiento Residencial de las Adicciones: Perfil del Recurso Humano vinculado al Tratamiento de Personas con Problemas Relacionados al Abuso y Dependencia a Drogas y Perfil del Usuario. México: CONADIC
28. Comisión Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud. (2011). Encuesta Nacional de Adicciones, 2011. Consultado en línea el 16 de Mayo de 2016.
29. Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) , Secretaría de Salud (SSA). (2019). Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral. México.
30. Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (2009). Estigma y discriminación hacia las y los Usuarios de drogas y sus familiares. México.2010
31. Corrigan P.W (1998). The impact of stigma on severe mental illness. Cognitive and behavioral practice. Volume 5. Issue2, Winter 1998.p 201-222
32. Corrigan P.W & Watson A. (2002 a). Understanding the impact of stigma in people with mental illness. World Psychiatry, 1(1),16-20
33. Corrigan P.W & Watson A. (2002 b). The paradox of self stigma and mental illness. Clinical Psychology: Science and practice, 9(1),35-53.
34. Corrigan P, Watson A & Barr I.(2006). The self–stigma of mental illness: implications for self–esteem and self–efficacy. Journal of social and clinical psychology, vol. 25, no. 9, 2006, pp. 875-884
35. Corrigan, Kuwabara & O’Shaughnessy, (2009). The Public Stigma of Mental Illness and Drug Addiction: “*Findings from a Stratified Random Sample*”. Journal of Social Work, Vol 9 num 2. P139-147.

36. Corrigan, P.W., Morris, S.B., Michaels, P.J., Rafacz, J.D., & Rusch, N. (2012) Challenging the public stigma on mental illness: A meta analysis of outcome studie. *Psychiatric Services*. 63,963-973
37. Corrigan PW. (2016). Lessons learned from unintended consequences about erasing the stigma of mental illness I. *World Psychiatry* 15:1, 67-73.
38. Corrigan,PW, Schomerus,G Shuman, V, Kraus D, Perlick,D, Harnish, A, Kulesza, Kane-Willis, M, Qin S, & Smelson,S (2016,A). Developing a Research Agenda for Understanding the Stigma of Addictions Part I: Lessons From the Mental Health Stigma Literature. *The American Journal on Addictions*, XX: 1–8.
39. Corrigan,PW, Schomerus,G Shuman, V, Kraus D, Perlick,D, Harnish, A, Kulesza, Kane-Willis, M, Qin S, & Smelson,S. (2016,B). Developing a Research Agenda for Reducing the Stigma of Addictions, Part II: Lessons From the Mental Health Stigma Literature. *The American Journal on Addictions*, XX: 1–8.
40. Corrigan,PW, Schomerus,G & Smelson D. (2017). Are some of the stigmas of addictions culturally sanctioned?. *The British Journal of Psychiatry*, Vol.210, 180–181
41. Corrigan, Patrick W. (2018).*The stigma effect: Unintended consequences of Mental Health Campaigns*. Columbia University Press.
42. Corrigan, Patrick W. Larson Jonathon.E, Smelson David & Andra Michell. (2019). Recovery, peer support and confrontation in services for people with mental illness and/or substance use disorder. *The British Journal of Psychiatry*. Vol. 214, 130–132.
43. Curtis R.,Wendel T. (2000). Toward the development of a typology of illegal drug markets. In: Hough M., Natarajan M., editors. *Illegal Drug Markets: From Research to Policy*. Monsey, NJ: Criminal Justice Press; 2000, p. 121–52.
44. Dalla Vecchia, M, Mota Ronzani,T, Santana de Paiva,F, Batista Cassia ,B, & Antunes da Costa Pedro Henrique. (2017). *Drogas E Direitos Humanos. Reflexoes em tempos de Guerra ás Drogas*. Rede Unida, Porto Allegre.
45. Degenhardt; Whiteford; Ferrari; Charlson; Hall; Freedman; Burstein; Johns; Engell; Abraham; Flaxman; Murray; Theo Vos, (2013) Global burden of

- disease attributable to illicit drug use and dependence: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*.
46. Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. 1994. «Introduction: entering the field of qualitative research», en N. K. Denzin e Y. S. Lincoln (eds.), *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California, Sage.
 47. Engelsman, E. (1989). Dutch policy on the management of drug -related problems. *British Journal of Addiction*. 1989 Feb;84(2):211-8
 48. European Monitoring Centre of Drugs and Drug Addiction. (2018). *Netherlands Drug Report 2018*. Netherlands.
 49. Fischer, B., & Rehm, J. (2017). Revisiting the “paradigm shift” in opioid use: Developments and implications 10 years later. *Drug and Alcohol Review*, 37, S199–S202.
 47. Fioretti C, Mazzocco K, Riva S, Oliveri, S, Masiero M & Pravetton G. (2016). Research studies on patients' illness experience using the Narrative Medicine approach: a systematic review. *BMJ*
 50. Ford, Rosemary. (2011). Interpersonal challenges as a constraint on care: the experience of nurses' care of patients who use illicit drugs *Contemporary Nurse*. 2011 Feb;37(2):241-52. doi: 10.5172/conu.2011.37.2.241.
 51. Foucault Michel (1983). *Microfísica del poder*. Ediciones la Piqueta, Madrid – Buenos Aires.
 52. Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Morata, Madrid. 2004
 53. Garcia A. (2010). *The Pastoral Clinic: Addiction and Dispossession Along the Rio Grande*. Berkeley, CA: University of California, Press; 2010.
 54. Garcia A. (2008). The elegiac addict: history, chronicity, and the melancholic subject. *Cult Anthropol* 2008; 23: 718–46.
 55. Guerrero, E, Villatoro J , Kong Y, Fleiz C, Vega W, Strathdee S & Medina-Mora. (2014). Barriers to accessing substance abuse treatment in Mexico: national comparative analysis by migration status. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2014, 9:30
 56. Good Byron J (2003). *Medicina Racionalidad y Experiencia; una perspectiva antropológica*. España. Bellaterra.

57. Goffman Erving (1963). *Estigma: La identidad deteriorada*. Amorrortu, Buenos Aires. Argentina, Edición 2001.
58. Goffman Erving (2001). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Amorrortu, Buenos Aires. Argentina.
59. Greaves, L, Poole, N, & Boyle, E. (2015). *Transforming Addiction: gender, trauma, transdisciplinary*. Routledge, New York and London.
60. Greenhalgh, Thrishna (1999). Narrative based medicine in an evidence based world. *British Medical Journal*. 1999 Jan 30; 318(7179): 323–325.
61. Greenhalgh, T. and Hurwitz, B. (1998). *Narrative Based Medicine. Dialogue and Discourse in Clinical Practice*. BMJ Books.
62. Guerrero E, Villatoro J, Kong Y, Fleiz C, Vega W, Strathdee S and Medina-Mora M.E. (2014). Barriers to accessing substance abuse treatment in Mexico: national comparative analysis by migration status. *J Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 2014, 9:30
63. Gueta, Keren. (2017). A qualitative study of barriers and facilitators in treating drug user among Israeli mothers: An intersectional perspective *Journal of Social Science and Medicine*.
64. Hadland, S. E., & Kertesz, S. G. (2018). Opioid deaths in Ontario, Canada. *BMJ*, 362,k3537.
65. Harm Reduction International. (2010) *What is harm reduction? A position statement from the Harm Reduction International Association*. London: International Harm Reduction Association; 2010.
66. Hamui, Liz. (2011). *Las narrativas del padecer: una ventana a la realidad social*. Cuicuilco vol.18 no.52 México sep./dic. 2011
67. Haro J. Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. En: Perdiguero E, Comelles JM (ed.). *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000:101-162.
68. Health Officers Council of British Columbia. (2005). *A public health approach to drug control in Canada*. Bristish Columbia. Canada
69. Heskell R, Graham K, Bernards S, Flynn A & Wells S. (2016). *Service user and family member perspective on services for mental health, substance*

- use/addiction, and violence: a qualitative study for their goals, experiences and recommendations. *International Journal of Mental Health Systems*.10:9
70. Hilton, B.A., Thompson, R., Moore-Dempsey, L., & Janzen, R.G. (2000). Harm reduction theories and strategies for control of human immunodeficiency virus: A review of the literature. *Journal of Advance Nursing*, 33, 3, 357-370.
71. Huddy, L., Sears, D.O., Levy, J.S., Al Ramiah, A., Hewstone, M. (2013). *Discrimination*. Oxford University Press, Oxford.
72. Jacob, JD, Skinner E, (2015). Exposing the Expert Discourse in Psychiatry: A Critical Analysis of an Anti-Stigma/Mental Illness Awareness Campaign. *Aporia*. Vol.7, Numéro 1/Vol.7, Issue 1. Ottawa, Canada.
73. Kandel, D. B. & Jessor, R. (2002). The gateway hypothesis revisited in D. B. Kandel (Ed.). *Stages and pathways of drug involvement. Examining the gateway hypothesis* (pp. 365-373). Cambridge: Cambridge University Press.
74. Kelly, J, Saitz, R & Wakeman, S. (2016). Language, Substance Use Disorders, and Policy: The Need to Reach Consensus on an “Addiction-ary. *Journal of Alcoholism Treatment Quarterly*. Volume 34, 2016
75. Kleinman A., Das V., Lock M. (1996). *Social Suffering*. Berkeley, CA: University of California Press.
76. Kleinman, A. (1988). *The Illness Narratives: suffering, healing & the human condition*. Basic books, United States of America.
77. Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, Berkeley, University of California Press, 1980.
78. Kohn R & Levav I. (2009). La utilización de los servicios de salud mental y la brecha de tratamiento en América Latina y el Caribe. En: Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar-Gaxiola S (eds.). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. EUA: OPS; 2009.
79. Krawczyk, N, Linhares- Veloso, C and Bastos F. (2015). The interplay between drug-use behaviors, settings, and access to care: a qualitative study exploring attitudes and experiences of crack cocaine users in Rio de Janeiro and São Paulo, Brazil. *Harm Reduction Journal*. 12-24.

80. Kulesza M, Larimer M & Rao D. (2014) Substance Use Related Stigma: What we Know and the Way Forward. *J Addict Behav Ther Rehabil.* ; 2(2)
81. Kulesza, Ramsy, Brown, Larimer. (2015). Stigma among Individuals with Substance Use Disorders: Does it Predict Substance Use, and Does it Diminish with Treatment?. *Journal of Addictive Behaviours Therapy and Rehabilitation..* ; 3(1): 1000115–.
82. Kvale S .(2009). La entrevista en investigación cualitativa. España, Morata, 2009.
83. Leder D. (1990). Clinical interpretation: the hermeneutics of medicine. *Theory Medical* 1990;11:9-24.
84. Lee Nayeong & Boeri Miriam. (2017). Managing stigma: Women drug user and recovery services. *Fusio.* 2017 ; 1(2): 65–94.
85. Link, B.(1987) Understanding labeling effects in the área of mental disorders: An assesment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review.* 52(1).92-112
86. Link B, Cullen F, Struening E, Shrout, P & Dohrenwed, B . (1989). A modified labelin theory approach to metal disroders: An empirical assesmente: *American Sociological Review.*54(3),400-423.
87. Link, B,G & Phelan J.C. (2001) Conceptualizing stigma: *Annual Review of Sociology,* 27(1), 363-385
88. Link, B. G., Yang, L. H., Phelan, J. C., & Collins, P. Y. (2004). Measuring mental illness stigma. *Schizophrenia Bulletin,* 30, 511–541.
89. Livingston J.D , Boyd J. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2010; 71:2150–2161.
90. Luoma JB, Twohig MP, Waltz T, Hayes SC, Roget N, et al. (2007). An investigation of stigma in individuals receiving treatment for substance abuse. *Addict Behav.* 2007; 32:1331–1446.
91. Luoma JB, Nobles R, Drake C, Hayes S, Alyssa O'Hair, Lindsay Fletcher & Barbara S. Kohlenberg, (2013). Self-Stigma in Substance Abuse: Development of a New Measure. *Journal of Psychopathology Behaviour*

- Assess. 2013 Jun 1; 35(2): 223–234. Published online 2012 Oct 9. doi: 10.1007/s10862-012-9323-4
92. MacCoun, Robert J. (2011). What can we learned from the dutch cannabis coffee shop system?. *Addiction Policy Case Studies*. 2011 Nov; 106(11): 1899-910. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03572
93. Marina Bosque-Prous y María Teresa Brugal. (2016). Intervenciones de reducción de danos ~ en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*. Volumen 30, Suplemento 1. Noviembre, 2016, p 99-105
94. Marín-Navarrete, R., Medina-Mora, M.E. & Tena-Suck, A. (2014). Breve panorama del tratamiento de las adicciones en México. *TSOP: Orientación psicológica y adicciones*, viii, 1-7.
95. Marshall Chris & Lan Haen Marshall. (1994). *Between prohibition and legalization the dutch experiment in drug policy*. Kugler Publication. Amsterdam-New York.
96. Martínez W, Galván J, Saavedra N, & Berenzon S, (2017). Barriers to Integrating Mental Health Services in Community-Based Primary Care Settings in Mexico City: A Qualitative Analysis. *Psychiatric services* 68(5), pp. 497–502.
97. Mascayano, F, Toso-Salman, J, Sunny Ho, Y, Dev, S, Tapia T, Graham Thornicroft G, Cabassa L, Khenti, A, Sapag J, Bobbili, J, Alvarado, Hsin Yang and Susser, E. (2019). Including culture in programs to reduce stigma toward people with mental disorders in low- and middle-income countries. *Journal of Transcultural Psychiatry*.
98. Mascayano F, Castro W, Poblete et al. (2015). Estigma hacia los trastornos mentales: características e intervenciones. *Salud Mental*, vol. 38, núm. 1, enero-febrero, 2015, pp. 53-58, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Distrito Federal, México
99. Matthews Steve, Robyn Dwyer & Anke Snoek. (2017). Stigma and Self-Stigma in Addiction. *Bioethical Inquiry* (2017) 14:275–286.

100. Matsuzaki Mika, Quan M. Vu, Marya Gwadz, et al. (2018). Perceived Access and barriers to care among illicit drug users and hazardous drinkers: findings from the seek, test, treat and retain data armonization initiative (STTR). *BMC Public Health* (2018) 18:366.
101. McCradden M, Vasilevab, D.,Orchanian-Cheff , A, Daniel Z. Buchmanb, D. (2019). Ambiguous identities of drugs and people: A scoping review of opioid related stigma . *International Journal of Drug Policy*. 74, 205-215.
102. McGillion J, Wanigaratne S, Feinmann C, Godden T, Byrne, A. (2000). GPs' attitudes towards the treatment of drug misusers. *Br. J. Gen. Pract.* 50, 385–386.
103. Medina-Mora, María Elena (2015). El consumo de alcohol en las Américas y el papel de los traumatismos en la carga de morbilidad relacionada al alcohol. Organización Panamericana de la Salud.
104. Medina-Mora, M , Real T, Villatoro J & Natera G (2013). Las drogas y la salud pública:¿Hacia dónde vamos? *En Salud Pública de México*, Vol.55, no.1, enero-febrero 2013.
105. Medina-Mora, Martínez & Real. ADICCIONES en *Salud Mental y Medicina Psicológica*. De la Fuente & G.Heinze (Coord). Mc Graw Hill, 2011, México.
106. Medina- Mora, Borges; Lara,; Benjet; Blanco; Fleiz ; Villatoro; Rojas; Zambrano; Casanova,; Aguilar. (2003). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México *Salud Mental*, vol. 26, núm. 4, agosto, 2003, pp. 1-16, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Distrito Federal, México.
107. Meltzer E, Suppes A, Burns B,Shuman A, Orfanos A, Sturiano C, Charney P & Fins J. (2013). Stigmatization of substance use disorders among internal medicine residents. *Journal of substance abuse*. 34,356-362. 2013.
108. Menéndez, EL. “La enfermedad y la curación.(1994) ¿Qué es medicina tradicional?”. *Revista Alteridades*, vol. 4, no. 7,1994, 71-83.
109. Menéndez, EL. (2005) “Intencionalidad, experiencia y función”. *Revista de Antropología Social*, vol.39, no.14, 2005:33-69.

110. Menéndez, Eduardo L (2003) Modelo de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. en: Ciencia y saúde colectiva. Vol 8, nº1, p 185-207.
111. Minior T, Galea S, Stuber J, Ahern J, Ompad D . (2003). Racial differences in discrimination experiences and responses among minority substance users. *Ethn Dis.* 2003; 13:521–527].
112. Ministry of Health Services. (2004). Every door is the right door : a British Columbia planning framework to address problematic substance use and addiction. British Columbia,
113. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2018). Drug Policy in the Netherlands. Netherlands.
114. Mora-Rios J. Natera, Bautista & Ortega (2013). Estigma público y enfermedad mental: Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales, México. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.
115. Mora-Rios J. Ortega, Natera & Bautista (2013). Auto-estigma en personas con diagnóstico de trastorno mental grave y su relación con variables sociodemográficas, clínicas y psicosociales. *Acta psiquiátrica y psicológica de America Latina.* Volumen 59 - nº 3. buenos aires
116. Mora-Rios, J, Bautista, N. (2014). Estigma estructural, género e interseccionalidad. Implicaciones en la atención a la salud mental. *Salud Mental.* (37).pp303-312.
117. Mora Rios, J, Ortega- & Ma. E. Medina-Mora. (2017). Addiction – related stigma and discrimination: A qualitative study in treatment centers in México. *Journal of substance use & misuse.*
118. Morse, J. (2003). A review committee’s guide for evaluatiing qualitative proposals. *Qualiatative Health Research*, 13(6), pp 833-851.
119. Morse, J. (2005). What is qualitative research?. *Qualitative health research* 15(7), pp559-560
120. National Institute on Drug Abuse. (2014) . Principles of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations - A Research-Based Guide. United States.

121. National Institute on Drug Abuse. (2017, March 23). Health Consequences of Drug Misuse. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/related-topics/health-consequences-drug-misuse> on 2020, March 29.
122. National Institute on Drug Abuse. (2018, July 2). Media Guide. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide> on 2020, April 1
123. National Institute on Drug Abuse. (2019, January 17). Treatment Approaches for Drug Addiction. Retrieved from <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/treatment-approaches-drug-addiction> on 2020, March 30
124. National Institute on Drug Abuse, National Institute of Health, U.S Department of Health & Human Services. (2018). A principles of drug addiction treatment.: a research based guided (Third edition). United States.
125. Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones, publicada en el Diario Oficial de la Federación, México, 2009.
126. Oficina de la Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2003). Abuso de drogas: Tratamiento y rehabilitación. Organización de la Naciones Unidas, Viena.
127. Oficina de la Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito (2009). De la coerción a la cohesión: Tratamiento de la drogodependencia mediante atención sanitaria en lugar de sanciones. Organización de la Naciones Unidas, Viena.
128. Organización de los Estados Americanos (2013). El problema de las drogas en las américas: estudios drogas y salud pública. OEA publicaciones.
129. Organización de los Estados Americanos, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2019). Informe sobre el consumo de drogas en las Américas. OEA publicaciones-
130. Organización Panamericana de la Salud (2009). Epidemiología del uso de Drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública. Washington, D.C.
131. Organización Panamericana de la Salud. (2010). La política de drogas y el bien público. Washington, D.C.
132. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud /Organización Interamericana de Trabajo (2002). Ampliación de la protección

social en materia de salud: iniciativa conjunta de la organización panamericana de la salud y la organización internacional del trabajo. CSP-26/12, Washington, Septiembre 2002.

133. Pearson, M. (2015). Stigma and Substance Use: A Methodological Review Matthew R. Pearson Center on Alcoholism, Substance Abuse, & Addictions, University of New Mexico September 2015.
134. Pedersen, D. (2005). Estigma y exclusión social en las enfermedades mentales: Apuntes para el análisis y diseño de intervenciones. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*, 55(1), 3-14.
135. Pedersen D & Baruffati V. (1989). Healers, deities, saints and doctors: elements for the analysis of medical systems. *Sot. Sci. Med.* Vol. 29, No. 4, pp. 487-496, 1989.
136. Pokrajac T, Nolimal D & Leskovsek E. (2016). Stigma, Drug Addiction and Treatment Utilisation : PWUD Perspective. *Journal of Drug Abuse*. 2016 2:4.
137. Poy Solano, Laura. (2019). SSA reestructura sistema en salud mental: En la Jornada, 23 de Noviembre 2019. Revisado Febrero 10 de 2020. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2019/11/23/ssa-reestructura-sistema-de-salud-mental>
138. Rafful, C, Medina-Mora ME, González-Zúñiga, P, Jenkins J., Rangel, G, Strathdee S & Davidson P. (2019): "Somebody Is Gonna Be Hurt": Involuntary Drug Treatment in Mexico, *Medical Anthropology*.
139. Raybeck D (1988) Anthropology and Labeling Theory: A constructive critique. *Journal of the Society for Psychological Anthropology*, volume 16, issue 4 December 1988, Pages 371–397
140. Puente Silva, F & Tenorio, R. (1980). Centro de ayuda al alcohólico y su familia: aspectos sociodemográficos y sus perfiles de la población consultante. En: *Salud Mental*. Vol. 5 año 2. México.
141. Redko, C, Rapp, R and Carlson R. (2007). Pathways of Substance Users Linking (Or Not) With Treatment. *J Drug Issues*. 2007 ; 37(3): 597–618
142. Ritsher, Otilingam & Grajales. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry Research* 121 (2003) 31–49.

143. Rogler LLoyd & Cortes Dharma. (1993). Help seeking pathways: a Unifying concept in mental illness. *American Journal of Psychiatry* 150:4, April, 1993.
144. Rojas, Real, García- Siberman & Medina-Mora. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México *Salud Mental* 2011; 34 (4).
145. Romero M, Saldívar, G, Loyola L, Rodríguez, E & Galvan , J. (2010) Inequidades de género, abuso de sustancias y barreras al tratamiento en mujeres en prisión. *Salud Mental* 2010;33: 499-506.
146. Room R.(2005) Stigma, social inequality and alcohol and drug use. *Drug Alcohol Rev.* 2005; 24:143–155. [PubMed: 16076584].
147. Ronzani, Telmo, Noto, A,& Da Silveira, P. (2017). Reduciendo el estigma entre usuarios de drogas: Guia para profesionales y gestores. Juiz de Foira, Brasil
148. Sapag, Sena, Bustamente, Bobbili, Velasco, Macayano , Alvarado & Quenti (2017). Stigma Towards Mental Illness and substance abuse issues in primary health care: Challenges and opportunities for Latin America. *Global Public Health*. Routledge.
149. Sartorius, N. (2006). Lessons from a 10-year global programme against stigma and discrimination because of an illness. *Psychol. Health Med.* 11, 383–388.
150. Saunders, JB (2017). Substance use and addictive disorders in DSM-5 and ICD 10 and the draft ICD 11. *Current Opinion Psychiatry.* 2017 Jul;30(4):227-237
151. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco, 2016-2017. México.
152. Schultes R.E & Hofmann A. (1983). Plantas de los dioses: Orígenes del uso de los alucinógenos. Fondo de Cultura Económica. México
153. Silverman, D. (2000) *Doing Qualitative Research. A Practical Handbook.* Londres, SAGE publications.
154. Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones -SISVEA-. (2011). Informe 2011. Secretaría de Salud, México. 2011.

155. Singer M. (1986) Toward a political economy of alcoholism: the missing link in the anthropology of drinking. *Soc Sci Med* 1986; 23: 113–30.
156. Singer M. (2008). *Drugging the Poor: Legal and Illegal Drug Industries and the Structuring of Social Inequality*. Prospect Heights, IL: Waveland Press; 2008.
157. Singer. M, (2012). Anthropology and addiction: an historical review, *Addiction and its science*, 1747-1755.
158. Single E. (1995) Defining Harm Reduction. *Drug and Alcohol Review Journal*. Toronto. July. P287-290.
159. Staatscourant. (2016). Richtlijn voor strafvordering Opiumwet, softdrugs [Directive for the Prosecution of Opium Act Offenses – Soft Drugs], June 1, 2016, Stcrt. 2016, No. 23647.
160. Stebbins K. Tobacco or health in the Third World: a political economy perspective with emphasis on Mexico. *Int J Health Serv* 1987; 17: 523–38.
161. Tam Theresa. (2019). Addressing stigma: Towards a more inclusive Health System. The Chief Public Health Officer's Report on the State of Public Health in Canada 2019.
162. Tiburcio Sainz & Berenzon Gorn. (2017). La política de drogas en México y su interfaz con los derechos humanos. p103-120 *En: Dalla Vecchia, et al (2017). Drogas E Direitos Humanos. Reflexoes em tempos de Guerra ás Drogas. Rede Unida, Porto Alegre.*
163. Torres Angarita, Andreina Isabel (2007). Drogas y criminalidad femenina en Ecuador: el amor como un factor explicativo en la experiencia de las mulas. Maestría en Ciencias Sociales con Mención en Estudios de Género y Desarrollo, FLACSO Sede Ecuador. Quito. 193 p.
164. Trimbos Instituut. (2018). *Drugs Information and Monitoring System: Annual report 2018*. . Netherlands Institute for Mental Health and Addiction
165. Trimbos Instituut. (2019). *The Drugs Information and Monitoring System (DIMS) Factsheet on drug checking in the Netherlands*. Netherlands Institute for Mental Health and Addiction
166. United Nations Office of Drugs and Crime .(2007). *Reducing the harm of drug use and dependence*. United Nations, Vienna.

167. United Nations Office of Drugs and Crime (2017). World Drug Report 2017. Booklets 1-5. United Nations. Vienna..
168. United Nations Office of Drugs and Crime (2018). World Drug Report 2018. Booklets 1-5. United Nations. Vienna.
169. United Nations Office of Drugs and Crime (2018). Executive summary of World Drug Report 2018. United Nations. Vienna.
170. United Nations Office of Drugs and Crime (2019). World Drug Report 2019. Booklets 1-5. United Nations. Vienna..
171. United Nations Office of Drugs and Crime (2020). World Drug Report 2020. Booklets 1-5. United Nations. Vienna..
172. United Nations Office on Drugs and Crime (2020). Inclusion, not exclusion: UNODC addresses stigma around substance use. Wien. https://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2020/January/inclusion--not-exclusion_-unodc-addresses-stigma-around-substance-use.html. 20 de enero de 2020.
173. United Nations System. (2019). Chief Executive Board for Coordination. United Nations, New York.
174. van Boekel LC, Brouwers, E, Weeghel, J & Garretsen H. (2015). Comparing stigmatising attitudes towards people with substance use disorders between the general public, GPs, mental health and addiction specialists and clients.
175. van Boekel L.C, Brouwers, E, Weeghel, J & Garretsen H. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence* 131. 23– 35.
176. van Dongen, Els. (2005). Hablando y haciendo. El "modelo pólder" de la atención holandesa en salud mental *Revista de Antropología Social*, vol. 14, 2005, pp. 173-193. Universidad Complutense de Madrid.
177. Volkow, N, Koob, G and McLellan T. (2016). Neurobiologic Advances from the Brain Disease Model of Addiction. *New England Journal of Medicine*. 2016 Jan 28; 374(4): 363–371.
178. Volkow N, Poznyak V, Saxena S, Gerra and the UNODC-WHO Informal International Scientific Network. (2017). Drug use disorders: impact of a public health rather than a criminal justice approach. *World Psychiatry* 16:2 - June 2017.

179. Watson A, Corrigan P, Larson J, Sells M. (2007) Self-Stigma in People With Mental Illness. Schizophrenia Bulletin. 2007 Nov; 33(6): 1312–1318. Published online 2007 Jan 25. doi: 10.1093/schbul/sbl076.
180. World Health Organization. (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th revision. Washington, D.C. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F10-F19>
181. World Health Organization. (2020). Health topics: Substance abuse. Revisado https://www.who.int/topics/substance_abuse/en/ Abril 7, 2020.
182. World Health Organization. (2020). Terminology and classification : Psychoactive substance use disorders. https://www.who.int/substance_abuse/terminology/definition4/en/ Revisado Abril 7, 2020.
183. World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, (2020). The International Standards for the Treatment of Drug Use Disorders. Switzerland.
184. Yang , Wong , Grivel & Hasin (2017). Stigma and substance use disorders: an international phenomeno. Volume 30, Number 5, September 2017.
185. Young M, Stuber J, Ahern J, Galea S (2005). Interpersonal discrimination and the health of illicit drug users. Am J Drug Alcohol Abuse. 2005; 31:371–391