

Los Documentos de Trabajo del CONAPRED representan un medio para difundir los avances de la labor de investigación en estudios y para recibir comentarios sobre su posible publicación futura. Se agradecerá que éstos se hagan llegar directamente a la Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación. Dante 14, séptimo piso, Col. Anzures, Del. Miguel Hidalgo, CP 11590, México, D.F., TEL. 52 03 36 49; o a las direcciones de correo: rtorres@conapred.org.mx y lavarezm@conapred.org.mx

Producción a cargo de las y los autores, por lo que tanto el contenido como la redacción son responsabilidad suya. Este documento fue realizado por María Dolores París Pombo, a solicitud de la Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas.



**Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación
y Políticas Públicas
Documento de Trabajo No. E-05-2009**

**“ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN HACIA LAS Y LOS
USUARIOS DE DROGAS Y SUS FAMILIARES”**

Diciembre de 2009

© Derechos Reservados 2010
COLECCIÓN ESTUDIOS 2009
Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación

Dante Núm. 14, Col Anzures.
Del. Miguel Hidalgo.
CP 11590, México, D.F.

Se permite la reproducción total o parcial del material incluido en esta obra bajo autorización de la institución y siempre que se cite la fuente completa.

Directorio

Ricardo Antonio Bucio Mújica
Presidente

Marcela Cuen Garibi
Directora General Adjunto de Estudios, Legislación y Políticas Públicas

José Tomás Romero Ruvalcaba
Director General Adjunto de Vinculación, Programas Educativos y Divulgación

Vilma Ramírez Santiago
Directora General Adjunta de Quejas y Reclamaciones

Natalia Fernanda González Toledano
Directora de Coordinación Territorial e Interinstitucional

Jorge Vives Trejo
Director de Administración y Finanzas

Elizabeth Rivera Silva
Directora Jurídica, Planeación y Evaluación

Programa de Estudios 2009

Marcela Cuen Garibi
Director General

Elizabeth Rivera Silva
Directora de Programa

Lillian Valerie Alvarez Melo
Coordinadora académica

Lillian Valerie Alvarez Melo
Coordinadora administrativa

Edwing Arturo Solano Sánchez
Lillian Valerie Alvarez Melo
Editores de sección

Síntesis del documento

Este estudio analiza las repercusiones del estigma y de la discriminación en las personas usuarias de drogas en Tijuana así como las principales violaciones a sus derechos humanos. El trabajo de campo se realizó con pacientes adictos(as) en recuperación y familiares en los centros de rehabilitación, a partir de la aplicación de un cuestionario sobre percepción del estigma y de la discriminación, autoestima y culpa. Asimismo, se realizaron entrevistas a profundidad con personal que labora en estos centros, familiares y personas usuarias, en sus casas y en los lugares de consumo. Los resultados indican que la percepción del estigma y la discriminación contra esta población afectan su salud física y mental. El estigma resulta en gran medida de los sentimientos de culpa provocados por la criminalización del consumo de drogas. En los centros de rehabilitación se reporta que el acceso a profesionales de la salud es insuficiente y la atención que se brinda a los pacientes afecta en muchas ocasiones sus garantías individuales. En los espacios públicos, son frecuentes los abusos por parte de agentes de policía, de tal manera que se violan de manera sistemática el derecho a la seguridad jurídica y a la libertad de las personas usuarias. Por último, se presentan implicaciones para el desarrollo de políticas públicas adecuadas.

Síntesis Curricular de los(as) investigadores(as)

María Dolores París Pombo es investigadora del Departamento de Estudios Culturales del Colegio de la Frontera Norte (COLEF). Doctora en Ciencias Sociales con especialidad en Ciencia Política por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (Flacso, México). Nivel II del Sistema Nacional de Investigadores. Autora de los libros *Oligarquía, tradición y ruptura en el centro de Chiapas*, Edición La Jornada y UAM, México, 2001 y *La historia de Marta. Vida de una mujer indígena por los largos caminos de la Mixteca a California*, Editorial UAM, México, 2006. Ha publicado más de veinte artículos de investigación y capítulos de libro sobre derechos humanos, relaciones interétnicas y racismo en México y en América Latina.

Lorena R. Pérez Floriano es profesora-investigadora de El Colegio de la Frontera Norte. Doctora en Psicología Industrial y Organizacional por la California School of Professional Psychology campus San Diego. Nivel I del Sistema Nacional de Investigadores, sus áreas de investigación se centran en estudios transculturales y las diferencias individuales en el desempeño del trabajo. Enfatizando el estudio de la justicia, riesgos y seguridad en el trabajo. La Dra. Pérez ha publicado su trabajo en revistas y libros de circulación nacional e internacional.

Gerardo Medrano Villalobos es licenciado en Comunicación por la Universidad Autónoma de Baja California, campus Tijuana. Actualmente, estudiante de la Maestría en Estudios Socioculturales en el Colegio de la Frontera Norte. Ha participado como ayudante de investigación y coordinador del área de campo en el Proyecto El Cuete, Tijuana; enfocado en medir la prevalencia de VIH entre usuarios de drogas inyectadas.

ÍNDICE

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS.....	8
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO 1. BREVE MARCO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO 2. ENFOQUE METODOLÓGICO.....	19
2.1 Descripción de las actividades de investigación.....	19
2.2 Características de la población encuestada.....	21
2.2.1 Perfil socioeconómico de la población encuestada.....	26
2.3 Instrumentos.....	27
2.3.1 Autoestima.....	27
2.3.2 Conciencia del Estigma.....	28
2.3.3 Actitud de Perdón.....	30
2.3.4 Actitudes discriminatorias.....	31
CAPÍTULO 3. REPERCUSIONES DEL ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS Y A SUS FAMILIARES.....	32
3.1 Criminalización y estigmatización de la persona usuaria.....	33
3.2 Conciencia del estigma y autoestima.....	35
3.3 Culpabilidad o actitud de perdón.....	36
CAPÍTULO 4. DISCRIMINACIÓN QUE VIVEN LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS	40
4.1 Discriminación y segregación de personas usuarias, en particular personas tatuadas.....	41

CAPITULO 5. DIFERENCIACIÓN SOCIOCULTURAL Y ECONÓMICA DE LAS PERSONAS USUARIAS RESPECTO AL TIPO DE DROGA QUE CONSUMEN	53
5.1 Factores de riesgo y consumo de drogas.....	54
5.2 Tipos de drogas consumidas.....	56
5.3 Drogas consumidas por nivel socioeconómico y educativo.....	58
5.4 Drogas consumidas por género.....	61
CAPÍTULO 6. RELACIÓN BILATERAL ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y RESPECTO A LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS USUARIAS.....	61
6.1 El derecho a la vida y a la salud.....	61
6.2 El derecho a la libertad.....	66
6.3 Seguridad Jurídica y derecho a un juicio justo.....	70
CAPÍTULO 7. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS Y SUS FAMILIARES.....	74
7.1 Cobertura.....	74
7.1.1 Antecedentes.....	74
7.1.2 Instituciones públicas de rehabilitación y reinserción social.....	76
7.1.3 Asociaciones civiles de carácter laico.....	77
7.1.4 Centros de rehabilitación de carácter religioso.....	82
7.1.5 Grupos de autoayuda.....	84
7.1.6 Institutos, clínicas y hospitales psiquiátricos.....	86
7.1.7 Políticas de prevención de las adicciones y políticas contra la discriminación a usuarios (as) de drogas.....	87
7.2 Pertinencia y oportunidad de las políticas públicas.....	88
7.2.1 Pertinencia y oportunidad de la atención terapéutica.....	88
7.2.2 Pertinencia y oportunidad de la política hacia el consumo de drogas.....	91
CAPÍTULO 8. RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS PÚBLICAS.....	94
8.1 Políticas de reducción de daños.....	95

8.2 Políticas de prevención contra las adicciones.....	98
8.3 Incentivos fiscales para combatir la discriminación laboral de personas adictas en recuperación.....	99
8.4 Políticas de atención terapéutica para la deshabitación y la rehabilitación..	101
CONCLUSIONES.....	102
BIBLIOGRAFÍA.....	107
Glosario.....	116
Anexo I.....	121
Anexo II.....	122
Anexo III.....	126
Anexo IV.....	172
Anexo V.....	174
Anexo VI.....	175
Anexo VII.....	178

LISTA DE SIGLAS Y ACRÓNIMOS

AA. Alcohólicos Anónimos

IHRA. Inglés (International Harm Reduction Association) Asociación Internacional para la Reducción de Daños

AI-Anon. Familiares de Narcóticos Anónimos y familiares de Alcohólicos Anónimos

CAPA. Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida”

CIJ. Centros de Integración Juvenil

CIRAD. Centro de Integración y Rehabilitación para Alcohólicos y Drogadictos

CENSIDA. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA

CRREAD. Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción

WSC. Conferencia Mundial de Servicios

CONADIC. Consejo Nacional contra las Adicciones

COTRRSA. Comunidad Terapéutica de Rehabilitación y Reinserción Social

DIMCA. Dirección Municipal Contra las Adicciones

ITS. Infecciones de Transmisión Sexual

NA. Narcóticos Anónimos

NOM. Norma Oficial Mexicana

OACNUDH. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

WSO. Oficina Mundial de Servicios

ONUDD. Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito

OEA. Organización de Estados Americanos

OMS. Organización Mundial de la Salud

ONU. Organización de las Naciones Unidas

OPS. Organización Panamericana de la Salud

PIJ. Programa de Intercambio de Jeringas

SER. Secretaría de Relaciones Exteriores

SSA. Secretaría de Salud

SIDA. Síndrome de Inmunodeficiencia Humana

SISVEA. Sistema de Vigilancia Epidemiológico de las Adicciones

TB. Tuberculosis

UDI. Usuarios (as) de Drogas Inyectadas

VHB. Virus de la Hepatitis B

VHC. Virus de la Hepatitis C

VIH. Virus de Inmunodeficiencia Humana

INTRODUCCIÓN

El propósito de este estudio es analizar las vivencias de las personas usuarias de drogas y de sus familiares en relación con el estigma y la discriminación social. Las personas estudiadas forman parte de los grupos afectados, para entender de qué manera perciben o incluso asumen el estigma, y cómo la discriminación social impide el ejercicio pleno de sus derechos humanos.

El consumo de drogas en México ha aumentado de manera dramática desde que se realizó la primera Encuesta Nacional de Adicciones, en 1988. Sin embargo, no se ha incrementado de manera uniforme sino que resalta la zona noroccidental, conformada por los estados de Baja California, Sonora y Chihuahua, con las mayores cifras de consumo de drogas. En el Informe del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de 2008, Baja California aparecía como el estado con mayor consumo de drogas en el país.

Tijuana B.C., es hoy en día una de las dos ciudades con mayor índice de consumo de drogas en México¹. Esta situación presenta grandes retos a las instituciones, en particular para resolver un problema cada vez más agudo de salud pública generado por las adicciones y el abuso de sustancias. Al mismo tiempo, la creciente población usuaria de drogas es sujeta a situaciones de discriminación y segregación que le impiden acceder a los servicios sociales básicos, de tal manera que se ven violados de manera sistemática sus derechos humanos. El estigma de que es objeto la lleva a sufrir daños más graves en su salud física y mental.

El propósito de este estudio es abordar la situación de discriminación y estigma que padecen las personas usuarias de drogas y sus familiares. Más que realizar

¹ Ciudad Juárez presenta índices de consumo similares a los de Tijuana. Secretaría de Salud, Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), "Informe Nacional SISVEA, 2008", http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/SISVEA%202008/INFORMES/sisvea_nal_2008.pdf, consultado el 30 de octubre de 2009.

un diagnóstico del consumo de drogas, se pretende conocer las vivencias y percepciones de esta población, en su condición marginal frente a las instituciones. Para ello, se seleccionó la ciudad de Tijuana justamente por sus altos índices de consumo. Es decir, no sólo es punto de paso en el tráfico de drogas hacia Estados Unidos, sino cada vez más, un poderoso mercado de sustancias con una muy numerosa población consumidora.

Los objetivos de este estudio son:

- (a) Explicar la discriminación que viven las personas que consumen drogas en distintos ámbitos, a partir de los principales estigmas y prejuicios, y de manera particular, las personas tatuadas;
- (b) Analizar las repercusiones del estigma hacia las personas que consumen drogas y a sus familiares;
- (c) Hacer una diferenciación sociocultural y económica de las personas usuarias respecto al tipo de drogas que consumen;
- (d) Analizar la relación bilateral entre consumo de drogas y el respeto a sus derechos;
- (e) Identificar el tipo, cobertura, pertinencia y oportunidad de las políticas públicas para estas personas.
- (f) Realizar recomendaciones de política pública en la materia.
- (g) Elaborar un glosario especializado derivado de la investigación.

El primer capítulo del estudio presenta un breve marco teórico para comprender los procesos de discriminación y estigmatización de las personas usuarias de

drogas y de sus familiares, así como las posibles repercusiones en el bienestar de esta población.

El segundo capítulo describe el enfoque metodológico y las características generales de las personas que participaron en el estudio. Es de destacar la similitud socio demográfica de la población usuaria en Baja California con las y los participantes en esta investigación, lo cual se comprueba con los datos proporcionados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de la Secretaría de Salud.

La investigación se basa en métodos cualitativos (seis entrevistas y cuatro visitas de observación), cuantitativos (169 encuestas), análisis hemerográfico y documental. Se triangularon estos tres instrumentos metodológicos obtener mayor información y análisis de las condiciones específicas que viven las personas usuarias de drogas y sus familiares.

En el tercer capítulo, se presentan los hallazgos sobre la percepción del estigma por parte de las personas usuarias. De acuerdo a diversos estudios realizados sobre las repercusiones del estigma, son frecuentes los daños a la salud física y mental. En ese sentido, a partir de la aplicación del cuestionario a diversas personas que se encuentran en proceso de rehabilitación y a familiares, se analiza el efecto del estigma en la autoestima y los sentimientos de culpa.

El análisis hemerográfico y entrevistas nos indican que los procesos de estigmatización responden en gran parte a los discursos sobre la criminalización del consumo, promovidos por políticos, comunicadores y múltiples actores sociales. La asociación frecuente, en los medios de comunicación, del consumo de drogas con la delincuencia lleva a considerar a priori que las personas usuarias de drogas son delincuentes. Los propios familiares, pueden culpabilizar a la persona adicta, o bien considerarla como responsable de su propia enfermedad.

Los procesos de rehabilitación más comunes, en los centros gubernamentales y no gubernamentales, promueven además este sentido de culpa.

En el capítulo cuarto, se da cuenta de los resultados del estudio en cuanto a los tatuajes y su simbolización en la población usuaria y entre sus familiares. En general, se puede afirmar que las actitudes de las y los familiares hacia los tatuajes de las personas usuarias son muy negativas. Sin embargo las personas usuarias que poseen tatuajes se sienten generalmente orgullosas de estar tatuadas, a pesar de reconocer que estos llevan a que el público las discrimine.

En el capítulo quinto, se presenta un análisis económico y sociocultural de las personas adictas respecto al tipo de drogas que consumen así como los factores de riesgo que llevan a esa condición. Se señala la frecuencia con la que las personas usuarias indican consumir más de una droga y el aumento en el consumo de sustancias sintéticas, en particular metanfetaminas bajo la forma de *crystal* o *ice*. El precio muy accesible al que se encuentran estas sustancias en algunas calles de Tijuana las ha convertido en las “drogas de los pobres”, si bien su consumo se presenta incluso entre adolescentes de clases medias.

En el sexto capítulo, se expone información sobre la relación entre consumo de drogas y respeto a los derechos humanos de las personas usuarias. A partir de las entrevistas a profundidad, se explican las diversas violaciones tanto a las garantías individuales, como a los derechos económicos, sociales y culturales. En general, se muestra que la persecución de que es objeto el consumo de sustancias ilegales en el país, lleva a que esta población difícilmente acceda a los servicios sociales básicos, por lo que se le niega el derecho a una vida digna. Además, la llamada “guerra contra las drogas” lleva a legitimar múltiples abusos cometidos por las diversas autoridades (principalmente los agentes de la policía) contra las y los usuarios de drogas.

En el séptimo capítulo se analiza el tipo, cobertura, pertinencia y oportunidad de las políticas públicas para las personas usuarias de drogas y sus familiares. Debido a que la cobertura se da fundamentalmente a través de asociaciones civiles conocidas como centros de rehabilitación, se estudia la atención que reciben en estos centros las personas adictas.

Finalmente, se presentan algunas recomendaciones de políticas públicas para atender la situación de discriminación y estigmatización que viven las personas usuarias y sus familiares.

1. BREVE MARCO TEÓRICO

La mayoría de los estudios sobre el consumo de drogas se han realizado desde una perspectiva de salud y han analizado la drogadicción como una enfermedad crónica, su progresión, recaídas, así como la eficacia de los tratamientos de rehabilitación hospitalaria o de consulta externa. La drogadicción es considerada principalmente como un problema de salud pública estrechamente vinculado a un problema de seguridad. De tal manera, en relación con el consumo de drogas, los gobiernos han diseñado políticas en el ámbito de la salud pública y de la seguridad. Es escasa o nula, sin embargo, la atención a las personas usuarias de drogas como sujetos de derechos. Al contrario, la actitud misma de funcionarios(as) de instituciones públicas, como de la población en general, tiende a estigmatizarlas y a segregarlas.

El estigma hacia este grupo consiste en la asunción general de estereotipos físicos, morales y sociales negativos que definen a las personas adictas a las drogas independientemente de sus características personales y particulares. En este sentido, como lo estableció Goffman (1980), el estigma reduce las posibilidades de desarrollo personal de las y los miembros de un grupo, al categorizarlos(las) bajo atributos negativos como suciedad, delincuencia, peligrosidad, etcétera, y negarles por lo tanto la posibilidad de interactuar con otros grupos o individuos, de ejercer sus derechos e insertarse en las instituciones.

La discriminación es una consecuencia misma del establecimiento de estereotipos negativos sobre un grupo social. Al percibir a otra persona como inferior o incluso como una amenaza, se le da un trato despectivo en las instituciones. Las personas que pertenecen a grupos discriminados se ven así marginadas de oportunidades sociales y de posibilidades de realización personal. Las conductas discriminatorias no son resultado de elecciones o preferencias personales; son

generadas primordialmente por estructuras institucionales, culturales y políticas. Por ejemplo, la discriminación contra las personas usuarias no depende principalmente del desagrado que algunos(as) podrían sentir hacia su apariencia u olor, sino de un sistema que propicia políticas casi exclusivamente punitivas hacia este sector. En general, el proceso discriminatorio parte de una relación asimétrica entre grupos sociales², es decir de una relación de poder.

La dificultad de acceder a personas que consumen drogas, en su mayoría excluidas socialmente, ha significado un obstáculo para la realización de investigaciones de tipo etnográfico que se aboquen al estudio y análisis de las propias comunidades usuarias de drogas, sus hábitos y sus vivencias en relación con el estigma, la discriminación y la segregación de que son objeto. Sin embargo, existen algunos estudios empíricos que señalan la correlación entre la estigmatización y discriminación de las personas usuarias de drogas y los obstáculos que representan estas conductas sociales para la reinserción y rehabilitación de adictos(as).

La discriminación no sólo es resultado del uso de drogas, sino que puede ser la causa misma o al menos, uno de los factores que propician las adicciones. Por ejemplo, Boardman et al. mostraron, en una investigación realizada en Detroit, Estados Unidos, una relación positiva entre la discriminación social y el abuso de drogas. El estudio se hizo en barrios con muy bajos niveles socioeconómicos, con altos niveles de desempleo y de familias uniparentales. Los autores sostienen en su trabajo que la discriminación social y racial provoca una situación permanente de estrés en las personas, una falta de integración a las instituciones y una baja autoestima. A la vez, estos factores propician el uso de drogas³.

² Ver Jesús Rodríguez Zepeda, *Un marco teórico para la discriminación*, Colección Estudios 2, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México, 2005, pp.138, <http://www.conapred.org.mx/estudios/docs/E-08-2005.pdf>, consultado el 13 de julio de 2009

³ Boardman, Jason D. et al. "Neighborhood Disadvantage, Stress, and Drug Use Among Adults", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 42, N°2, U.S.A, Junio de 2001, pp.151-165

El estigma y la discriminación se extienden con frecuencia hacia las personas más cercanas, en particular a las y los familiares y a quienes atienden a los drogadictos, que suelen ser familiares o adictos(as) en rehabilitación. De esta manera, los centros de rehabilitación pueden llegar a convertirse en espacios autocontenidos⁴ donde las personas adictas en rehabilitación dependen únicamente de la identidad grupal para elevar su autoestima. Resulta importante entonces explorar la percepción del estigma y de la discriminación entre adictos(as) y sus familiares, para comprender sus opciones reales de reinserción en las instituciones educativas, laborales y sociales, de identificación e interrelación con otros grupos sociales.

La marca social que representa el estigma lleva a que las personas marcadas no puedan disfrutar de una carrera exitosa, vida de hogar sana y estable, y relaciones íntimas significativas⁵. El estigma conlleva dos tipos de marcas: la marca pública y el autoestigma o lo que Pinel llama “conciencia de estigma”. La primera indica la creación, transmisión y asimilación de estereotipos negativos sobre un grupo social en particular (por ejemplo sobre las personas usuarias de drogas) por parte de la sociedad en general⁶. La conciencia del estigma es en cambio la asunción de estos prejuicios y estereotipos por parte del grupo estigmatizado, es decir, se da cuando la persona acepta los estereotipos sobre su propio grupo y éstos empapan sus interacciones con los demás⁷. Las personas altas en conciencia del estigma creen generalmente que los estereotipos sobre su grupo permean sus interacciones en la mayoría de las situaciones sociales.

Varios estudios realizados en Europa y en Estados Unidos han demostrado que la gente tiene imágenes particularmente negativas sobre las personas usuarias de drogas. El estigma es incluso más acentuado que en los casos de personas con

⁴ Goffman, Erving, *Estigma: La identidad deteriorada*, Editorial Amorrortu, Buenos Aires, 1980, pp.436

⁵ Goffman, Erving, *Op.Cit.*

⁶ Corrigan, P.W. et al., “The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample”, *Journal of Social Work*, Vol. 9, 139, 2009, pp. 139-147

⁷ Pinel, Elizabeth C. “Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1999, 114–128

esquizofrenia o con depresión⁸. Estos estudios indican que la gente es más propensa a estereotipar a personas que voluntariamente adquieren el estigma, esto es a quienes aparentemente tenían control de la situación que los llevó a formar parte de un grupo estigmatizado. En otros términos, el uso de drogas que puede llevar hacia las adicciones, es percibido como una elección individual. Esto, de acuerdo con Corrigan y Watson⁹ lleva a que la gente no ayude a aquellos que considera responsables de sus males.

La estigmatización y discriminación de las personas usuarias de drogas y de sus familiares proviene muchas veces de la desinformación de la sociedad. En este sentido, resulta fundamental entender las condiciones de vida de estos grupos de población y tratar de diseñar algunas estrategias institucionales para que puedan ejercer sus derechos y acceder a servicios y bienes sociales básicos, como vivienda, salud y educación.

⁸ Corrigan, P.W. et al, "The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample", *Journal of Social Work*, Vol. 9, 2009, pp. 139-147; Schomerus, G. et al, "Public beliefs about the causes of mental disorders revisited", *Psychiatry Research*, Vol. 144, 2, 2006, pp. 233-236

⁹ Corrigan, P.W. y Watson, A. C. "Paradox of self-stigma and mental illness", *Clinical Psychology: Science and Practice* 9(1), 2002, pp. 35-53

2. ENFOQUE METODOLÓGICO

2.1 Descripción de las actividades de investigación

Este estudio aborda la situación específica de las personas usuarias de drogas en Tijuana, Baja California. La investigación realizada se basa en métodos cualitativos (entrevistas y observación), cuantitativos (encuesta), en análisis hemerográfico y documental. Se triangularon estos tres instrumentos metodológicos para explicar y analizar los hallazgos del trabajo de campo.

En primer lugar, para tener un conocimiento del contexto en el que se desenvuelven las personas usuarias de drogas, se realizaron cuatro entrevistas estructuradas, cuatro visitas de observación a dos lugares de consumo, visitas de observación a cinco centros de rehabilitación y dos entrevistas no estructuradas a varones usuarios de drogas inyectadas.

Dos de las entrevistas estructuradas se hicieron con directivos de centros de rehabilitación de la ciudad de Tijuana, Baja California. Éstas permitieron entender las distintas etapas del proceso de recuperación, el funcionamiento de los centros y las expectativas de reinserción social de las personas adictas en recuperación. También se hicieron dos entrevistas estructuradas con familiares de personas usuarias de drogas, la primera con un padre de usuario y la segunda con una madre de usuario. Estas primeras entrevistas permitieron formatear las preguntas del cuestionario, es decir entender las problemáticas principales de discriminación y estigma a que son sujetas(os) las y los usuarias(os) y el lenguaje particular empleado por esta población.

En dos lugares de consumo, se realizaron actividades de observación, entrevistas informales y dos entrevistas largas no estructuradas con usuarios. El primer sitio fue

el llamado Callejón Z, ubicado entre la Avenida Revolución y Calle Coahuila en la Zona Norte de Tijuana. El segundo, fue la alcantarilla #6, dentro de la canalización del Río Tijuana. El criterio para la selección de ambos sitios fue por ser espacios en la vía pública que son utilizados a la vez como lugares irregulares de vivienda y para el consumo de drogas inyectadas (picaderos).

La utilización de la observación participante como técnica de registro de información tiene la finalidad de ubicar y describir todas las actividades que se desarrollan en un espacio de vivienda y consumo para las y los usuarios de drogas inyectadas. Permite estudiar la vida cotidiana de las personas que viven de manera irregular en los costados del callejón y dentro de la alcantarilla de la canalización del río Tijuana, así como de las personas que frecuentan el lugar para el consumo de drogas. De esta manera, la investigación recoge la experiencia y las opiniones de las personas usuarias en el lugar en el que se desenvuelven cotidianamente, y se pueden observar las formas de segregación de esta población, de intervención cotidiana de las policías y de otras instituciones en este espacio, así como describir algunas violaciones comunes a los derechos humanos.

Para explicar los hallazgos del trabajo de campo, se analizó información contenida en estudios similares y se realizó análisis hemerográfico. La información hemerográfica y documental resultaba fundamental para sistematizar las violaciones más frecuentes a los derechos de las y los usuarios en la calle, en los centros de rehabilitación y en los centros de reclusión. La información documental confirma y eventualmente, ayuda a explicar los hallazgos del cuestionario.

A posteriori, se realizó un estudio cuantitativo con la aplicación de 169 cuestionarios entre usuarios(as) de drogas (N= 100) y familiares de usuarios(as) (N= 69). La encuesta se aplicó en cinco centros de rehabilitación con características socioeconómicas y estrategias terapéuticas diferentes. Se trata de una muestra de

conveniencia, cuyo propósito fundamental era explorar la conciencia del estigma y la percepción de la discriminación por parte de la población usuaria en Tijuana.

2.2 Características de la población encuestada

Debido a que no existe un censo disponible de la población consumidora de drogas y de sus familiares a nivel municipal, sino sólo resultados de una encuesta aplicada anualmente por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)¹⁰ a nivel estatal, al momento de realizar el estudio no se disponía de los recursos suficientes para construir una muestra representativa. Cabe señalar que los centros no gubernamentales abren y cierran con mucha frecuencia e incluso el listado de centros de rehabilitación proporcionado por el municipio de Tijuana (anexo II) es incompleto y con errores, como se comprobó en el trabajo de campo.

Sin embargo, las características sociodemográficas de la muestra seleccionada son muy similares a las encontradas por el SISVEA entre la población usuaria de drogas a nivel estatal, como se mostrará más adelante. Además, los resultados obtenidos con la aplicación del cuestionario apoyan estudios similares realizados en otros países.

Debido a la necesidad de contrastar las respuestas de mujeres y hombres, para entender la incidencia de la variable de género se tomó la decisión de tener una sobrerrepresentación de mujeres, con 35%, cuando de acuerdo con los datos del SISVEA las usuarias que acuden a los centros de rehabilitación representan sólo el 8.2% de la población.

De esta manera, se administró la encuesta en cinco centros de rehabilitación con las siguientes características:

¹⁰ Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, SISVEA, « Informe 2007 », http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/PDF%20ESTADOS%20SISVEA%202007/Microsoft%20Word%20-%20InfSISVEA2007_ietza_210608.pdf

- Un centro para varones de estrato socioeconómico bajo y muy bajo, cuya estrategia terapéutica es “de medio camino”, es decir que permite y promueve la realización de jornadas laborales fuera del centro.
- Un centro para mujeres de estrato económico medio a medio-bajo. Este centro es de ayuda mutua, es decir funciona con cuotas que pagan las y los familiares de las internas.
- Un centro de ayuda mutua para varones de estrato medio y alto.
- Un centro de ayuda mutua para varones de estrato medio y bajo.
- Un centro de rehabilitación para varones de estrato bajo, cuyos fondos provienen de donativos y del trabajo que realizan los internos al interior mismo del centro.

Las 100 personas usuarias de drogas accedieron a participar vía un formato de consentimiento; de este grupo 65 son hombres y 35 son mujeres (N= 100). La Tabla 1 muestra las estadísticas descriptivas de los datos demográficos de los participantes. Esta tabla indica que 48 hombres y 15 mujeres respondieron afirmativamente a la pregunta “¿Tiene tatuajes?”. La edad promedio de los hombres encuestados es $M= 36.55$ y la de las mujeres de $M= 25.2$. El número promedio de años como usuario(a) de drogas es de $M= 17.65$ en hombres y $M= 6.01$ para mujeres.

En relación a la pregunta “¿De su familia nuclear (hijos, esposo/a, padres, hermanos), cuántas personas son adictas?”, se puede observar (Tabla 1) que el rango de usuarios(as) en una familia va de 0 a 7 en las respuestas de los hombres y de 0 a 5 en las de las mujeres, y el promedio de personas usuarias es de $M=1.28$ y $M= 1.51$ respectivamente. En cuanto a la escolaridad, el promedio de años que fueron las y los encuestados(as) a la escuela es de $M=8.94$ y de $M= 8.06$ para las participantes (ver Tabla 1 y Gráfica 1). Por último, 36 hombres y 3 mujeres respondieron afirmativamente a la pregunta “¿Sus drogas preferidas son inyectadas?”.

Tabla 1. Estadísticas descriptivas de usuarios(as)

Hombres	N	Mínimo	Máximo	Media	DE.
Número de tatuajes	48		60	8.71	12.99
¿Cuántos años tiene?	65	8	64	36.55	12.48
¿Cuántos años lleva usted en el vicio?	64		45	17.65	9.86
¿Cuántos años fue usted a la escuela?	65		16	8.94	3.24
¿De su familia nuclear (hijos, esposo/a, padres, hermanos), cuántos son adictos?	65		7	1.28	1.77
¿En cuántos centros ha estado internado?	65	1	73	6.22	10.21
Mujeres	N	Mínimo	Máximo	Media	DE.
Número de tatuajes	35		1	.43	.50
¿Cuántos años tiene?	35	14	54	25.20	10.17
¿Cuántos años lleva usted en el vicio?	28	.75	28	6.01	6.07
¿Cuántos años fue usted a la escuela?	35		18	8.06	3.79
¿De su familia nuclear (hijos, esposo/a, padres, hermanos), cuántos son adictos?	35		5	1.51	1.50
¿En cuántos centros ha estado internado?	35	1	15	2.09	2.47

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a usuarios(as)

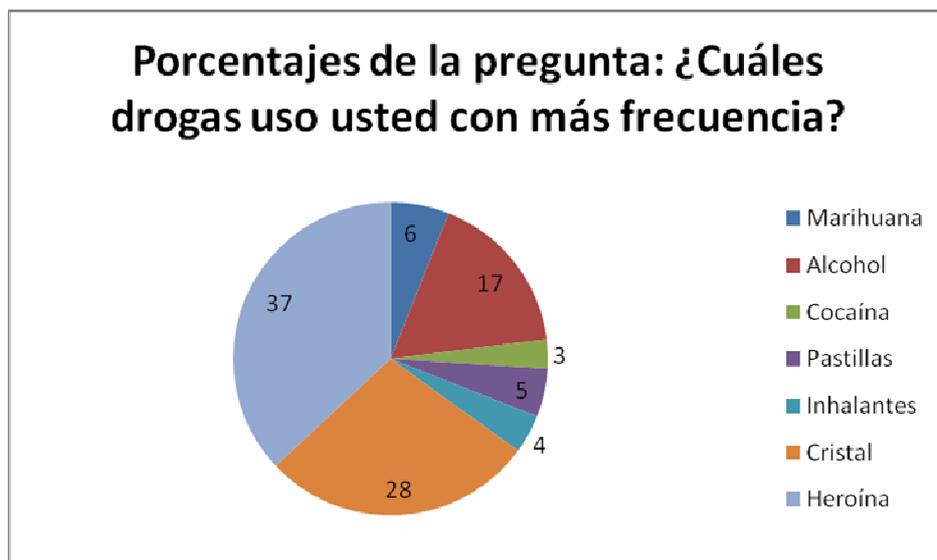
Gráfica 1



Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a usuarios(as)

La pregunta: “¿Cuáles drogas usa usted con más frecuencia?” generó siete categorías y el porcentaje de las respuestas se muestran en la Gráfica 2. La mayoría de las personas respondió que su droga preferida es heroína (37%), seguido por cristal (28%), alcohol (17%), y marihuana, cocaína, pastillas (anfetaminas) así como inhalantes tienen menos del 10% cada una.

Gráfica 2



Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a usuarios(as)

Los 69 cuestionarios a familiares se administraron en reuniones de ayuda mutua organizadas por los propios centros de rehabilitación. Las y los familiares accedieron también a participar por medio de un formato de consentimiento. En el grupo de familiares contestaron a la encuesta 56 mujeres y 13 hombres. La Tabla 2 muestra las estadísticas descriptivas de los datos demográficos de familiares; en ella se observa que el promedio de edad de los hombres que visitan a familiares en centros de rehabilitación es similar al de mujeres (44 y 42 años respectivamente). Las y los familiares reportan que en su familia nuclear hay hasta 8 usuarias(os) por familia con un promedio de 1.77 para hombres y 1.84 para las mujeres. Las personas usuarias que visitan tienen en promedio casi once años de consumo ($M=10.92$).

Tabla 2. Estadísticas descriptivas de familiares

sexo	Reactivo	N	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. típ.
Hombre		13					
	¿Cuántos años tiene?	13	23	72	574	44.15	14.44
	¿De su familia nuclear (hijos, esposo/a, padres, hermanos), cuántos son adictos?	13		7	23	1.77	1.96
	¿Cuántos años lleva él/ella en el vicio?	13		35	142	10.92	11.47
	¿En cuántos centros ha estado internado?	13		3	19	1.46	1.13
	¿Cuántos años fue el interno a la escuela?	13		14	94	7.23	4.68
Mujer		56					
	¿Cuántos años tiene?	56	14	72	2361	42.16	15.71
	¿De su familia nuclear cuántos son adictos?	56		8	103	1.84	1.78
	¿Cuántos años lleva él/ella en el vicio?	56		43	563.99	10.07	10.06
	¿En cuántos centros ha estado internado?	56		20	130	2.32	3.58
	¿Cuántos años fue el interno a la escuela?	56		25	493.25	8.81	5.06

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a familiares de usuarios(as)

2.2.1 Perfil socioeconómico de la población encuestada

De acuerdo con cifras del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA)¹¹, la mayoría de la población consumidora de drogas se sitúa en los estratos socioeconómicos más bajos. Se ha mostrado además que las condiciones de pobreza y hacinamiento constituyen factores de riesgo para el

¹¹Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, SISVEA, « Informe 2007 », http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/PDF%20ESTADOS%20SISVEA%202007/Microsoft%20Word%20-%20InfSISVEA2007_ietza_210608.pdf

consumo de drogas¹². En el caso de la población encuestada para este estudio la mayoría de la población encuestada se autclasifica como personas de clase media (68% y 53% respectivamente) y muy pocas como personas de clase alta (1.4% y 4%). El promedio de años de escolaridad de las personas encuestadas es de secundaria (8.94 años en hombres usuarios y 8.09 en usuarias).

Las características sociodemográficas de la población de Baja California que acude a los centros de rehabilitación, estudiada a nivel estatal por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA), reporta niveles similares de escolaridad, ya que, de acuerdo con estos datos la mayor parte de la población usuaria de drogas en centros de tratamiento no gubernamentales tiene la secundaria terminada (63.4%).

2.3 Instrumentos

2.3.1 Autoestima

Diversos estudios sobre las repercusiones del estigma han señalado que una de las más graves es la baja autoestima de las personas estigmatizadas, que resulta en impactos negativos sobre su salud mental, en particular depresión, stress y ansiedad¹³. Otras investigaciones han demostrado una relación entre autoestima y bienestar¹⁴, uso de estrategias de auto discapacidad y pesimismo¹⁵, influencia del

¹² Reinhetz et al. « General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early childhood », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000, pp.223-231

¹³ Hinshaw, Stephen P. and Andrea Stier, "Stigma as Related to Mental Disorders", *Annual Review of Clinical Psychology*, 2008, Vol 4, pp. 367-393

¹⁴ Sánchez, E. y Barrón, A. "Social psychology of mental health: The social structure and personality perspective", *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 2003, pp. 3-11.

¹⁵ Rodríguez, S. et al. "Diferencias en el uso de self-handicapping y pesimismo defensivo y sus relaciones con las metas de logro, la autoestima y las estrategias de autorregulación", *Psicothema* 16, 2004, pp. 625-631

entorno familiar y estilo de educación¹⁶, estrategias de aprendizaje¹⁸, y logros académicos¹⁹.

Para medir la autoestima, se utiliza en este estudio una versión reducida de la escala de Rosenberg²⁰ que mide el grado en que las personas valoran positivamente versus negativamente su “yo”. Las personas usuarias y sus familiares respondieron de acuerdo con la misma escala. Las preguntas que la componen son las siguientes:

- La mayoría de la gente considera a las y los drogadictos(as) y alcohólicos(as) como sus iguales
- A veces me siento realmente inútil
- La mayoría de la gente no va a juzgar a las y los drogadictos(as) y alcohólicos(as) por su vicio (calificada al revés)
- De vez en cuando pienso que no soy bueno(a) para nada
- Yo no pienso que la gente nos ve mal sólo por ser drogadictos(as) o alcohólicos(as) (calificada al revés)
- Siento que no tengo muchas cosas de las que sentirme orgulloso.

2.3.2 Conciencia del Estigma

La conciencia del estigma es la asunción de los prejuicios y estereotipos por parte del grupo estigmatizado, es decir, se da cuando la persona acepta los estereotipos sobre su propio grupo y éstos empapan sus interacciones con los demás. Las

¹⁶ Alonso, J. y Román, J.M. “Prácticas educativas familiares y autoestima”, *Psicothema* 17, 2005, pp. 76-82.

¹⁷ Parra, A. et al. “Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes”, *Anuario de Psicología*, 35, 2004, pp. 331-346.

¹⁸ Núñez, J.C. et al. “Estrategias de aprendizaje, autoconcepto y rendimiento académico” *Psicothema*, 10, 1998, pp.97-109

¹⁹ Fiz, M.R. y Oyón, M.J. “Influencia de la autoestima y su repercusión en el rendimiento académico de los adolescentes”, *Estudios de Pedagogía y Psicología*, 10, 1998, pp. 27-74

²⁰ Rosenberg, M, *Society and the adolescent self-image*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965

personas altas en conciencia del estigma creen generalmente que los estereotipos sobre su grupo permean sus interacciones en la mayoría de las situaciones sociales. Las Tablas 3 y 4 muestran las preguntas que se utilizaron para medir la conciencia de estigma entre usuarios(as) y sus familiares respectivamente.

**Tabla 3. Escala de Conciencia de Estigma de Pinel²¹ para usuarios(as)
(N=100)**

-
-
- 4 La mayoría de la gente no va a juzgar a los drogadictos/alcohólicos por su vicio
 - 5 Ser drogadicto/alcohólico no afecta cómo la gente es conmigo
 - 7 Yo no pienso que la gente nos ve mal sólo por ser drogadictos/alcohólicos
 - 3 Yo no creo que la gente piense que mi comportamiento se debe a que soy drogadicto/alcohólico
 - 6 Cuando hago cosas con gente sin vicios nunca estoy pensando que yo sí tengo el vicio
 - 1 A mí, en lo personal, no me han afectado las malas ideas que la gente tiene sobre los adictos(as)
 - 2 Nunca me ha preocupado que mi comportamiento sea visto como el típico de un(a) adicto(a)
 - 8 La mayoría de la gente considera a los drogadictos/alcohólicos como sus iguales
-

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a usuarios(as)

²¹ Pinel, Elizabeth C. "Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes", *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1999, 114–128

Tabla 4. Escala de Conciencia de Estigma de Pinel para familiares de usuarios(as) (N=67).

5	Los vecinos nos sacan la vuelta por el problema de adicción de él/ ella
3	A veces pienso que la gente ve mal a mi familia por la situación de él/ella
6	En la escuela sus familiares hemos sido discriminados cuando se han enterado de la adicción de él/ella
4	La gente nos trata diferente cuando saben que él/ella es adicto(a)
7	Me preocupa que la gente nos juzgue mal por la adicción de él/ella
8	Cuando hago cosas con personas que tienen una familia sin adictos, me pregunto por qué yo sí tengo familiares adictos
9	Me preocupa lo que la gente piensa sobre la conducta de él/ella
2	A veces los hermanos del(a) adicto(a) tienen el problema de que la gente piensa que ellos/as también lo son

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a familiares

2.3.3 Actitud de Perdón

Se utilizó la escala de Doctor y Sieveking²² para medir el grado en el que las personas tienden a castigar o perdonar a las y los usuarios de drogas. Esto es debido a que la culpabilización de la persona usuaria tiende a aumentar la conciencia del estigma, con dos efectos contradictorios: por un lado, las personas que se sienten responsables de acciones que dañaron a los (las) demás, tienen una mayor probabilidad de realizar un proceso de rehabilitación. Sin embargo, un exceso de culpabilidad podría provocar una fuerte autoestigmatización, con efectos dañinos para el bienestar emocional y físico de la persona usuaria o de sus familiares²³.

Las preguntas planteadas tanto a usuarios(as) como familiares son:

²² Doctor, Ronald M. and Nicholas A. Sieveking, "A Survey of Attitudes Toward Drug Addiction", Miami, Florida, American Psychological Association Convention, September 1970

²³ Doctor and Sieveking, Op. Cit.

- Al (la) adicto(a) debe protegerse de sus errores”, “Los y las adictos(as) son responsables de su condición
- El (la) adicto(a) debe ser castigado(a) por sus errores
- La reacción de la gente le hace daño al adicto(a)
- Más que acciones, el (la) adicto(a) necesita más comprensión de sus sentimientos.

2.3.4 Actitudes discriminatorias

Además de las escalas aquí descritas, se reportan resultados de preguntas relativas a la percepción de la discriminación y categorización de usuarios(as) tatuados(as) y no tatuados(as). En cuanto al grupo de usuarios(as), las preguntas relativas a la discriminación son:

- Tengo dificultades para encontrar trabajo por mi vicio
- Casi toda la gente con la que me relaciono son adictos(as)
- ¿Tiene tatuajes?
- ¿Cuántos?
- Por mis tatuajes, tengo dificultades para encontrar trabajo
- El estar rallado(a) hace que la gente me vea como bicho raro
- El estar rallado(a) me ayuda a sobrevivir en la calle
- Estoy muy orgulloso(a) de mis tatuajes.

En el grupo de familiares encuestados, las preguntas relativas a percepciones de discriminación por su relación con persona(s) usuarias son:

- ¿Tiene tatuajes?
- ¿Se pueden esconder los tatuajes?

- Me gustan mucho sus tatuajes
- Por estar tatuado la gente lo(a) ve como bicho raro
- Por sus tatuajes tiene dificultades para conseguir empleo
- Prefiero que él/ella se tape los tatuajes cuando salimos a la calle.

3. REPERCUSIONES DEL ESTIGMA HACIA LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS Y A SUS FAMILIARES

Es escasa la literatura sobre las repercusiones del estigma en personas usuarias de drogas. Los artículos académicos sobre esta problemática se dividen en aquellos orientados a analizar los efectos negativos del estigma en la salud física y mental de las personas estigmatizadas, por un lado, y los que vinculan el consumo con la criminalidad. Estos últimos consideran el estigma de una manera mucho más benigna, como una forma de control social²⁴. El presente estudio se inscribe en la corriente analítica que vincula la percepción del estigma con daños temporales o permanentes contra la salud de las personas usuarias de drogas.

3.1 Criminalización y estigmatización de la persona usuaria

Los procesos de estigmatización de las y los usuarios de drogas responden en gran parte a los discursos sobre la criminalización del consumo, promovidos por algunos políticos, comunicadores y múltiples actores sociales. Existe un juicio moral negativo ampliamente extendido y fortalecido por los contenidos de las campañas “contra las drogas” impulsadas por algunos medios de comunicación. A menudo, estas campañas carecen de información exacta. Promueven en cambio la estigmatización y la discriminación de las personas usuarias.

Por ejemplo, la campaña “Vive sin Drogas” de la Fundación Azteca, establece entre sus objetivos:

- Lograr la total desaprobación social del consumo de drogas.
- Mostrar el elevado riesgo que implica el consumo de drogas.
- Fomentar, a largo plazo, una actitud antidrogas.²⁵

La simple enunciación de los objetivos de dicha campaña indica la tendencia a estigmatizar a la persona usuaria de drogas, al provocar una actitud de rechazo y

²⁴ Room, Robin, « Stigma, social inequality and alcohol and drug use », *Drug and Alcohol Review*, Australia, 2009, Vol 24 Issue 2 : pp. 143-155

²⁵ Fundación Azteca, Campaña Vive Sin Drogas, México, <http://www.comminit.com/en/node/37665/37>, consultado el 31 de Agosto de 2009

desaprobación hacia ella. La desinformación es patente en los contenidos divulgados por *Internet* y por televisión. En este último medio, las imágenes asociadas con el consumo de drogas son las peleas callejeras, la delincuencia, personas sin hogar, generalmente sucias y en harapos, tiradas en las banquetas de las calles. En cuanto al contenido de la página difundida por *Internet*, **se señala aquí** un ejemplo de desinformación. En relación con las preguntas más frecuentes en torno a las drogas, se indica:

¿Cómo debo actuar ante una persona intoxicada por uso de alguna droga?

Debes guardar la calma, proteger tu vida y no confrontar a la persona intoxicada, piensa que una persona drogada nunca actúa de manera congruente ni responsable. Si la persona presenta trastornos conductuales, lentitud generalizada, euforia, falta de coordinación, marcha inestable, disminución de los reflejos, temblores, alteraciones respiratorias, rigidez muscular, boca seca y pastosa, convulsiones, angustia o paranoia se recomienda llamar a un servicio de emergencia médica.

La pronta atención salva una vida.²⁶

Lo anterior significa que la persona usuaria es peligrosa y es “siempre” irresponsable, por lo que la primera actitud frente a ella debe ser protegerse. En segundo lugar, se indica que se la debe proteger también de sí misma, pues su vida estará probablemente en peligro. Se señalan además un conjunto de síntomas de intoxicación que difícilmente una persona que carece de formación médica podría detectar, como “alteraciones respiratorias, rigidez muscular, disminución de los reflejos, etcétera”.

La asociación frecuente, en los medios de comunicación, del consumo de drogas con la delincuencia, lleva a criminalizar a las personas usuarias de drogas. Las y los familiares, pueden culpabilizar a la persona adicta, o bien considerarla como responsable de su propia enfermedad. Los procesos de rehabilitación más

²⁶ Fundación Azteca, Campaña Vive Sin Drogas, “Diez preguntas frecuentes”, México, <http://www.vivesindrogas.com/guia/verdades/preguntas.shtml>, consultado el 31 de Agosto de 2009

comunes, en los centros gubernamentales y no gubernamentales, promueven además este sentido de culpa²⁷.

3.2 Conciencia del estigma y autoestima

Distintas investigaciones han demostrado un fuerte vínculo entre la experiencia del estigma y el bienestar de las personas estigmatizadas²⁸. Se argumenta, en particular, que el estigma aumenta las probabilidades de sufrir daños a la salud mental de las y los usuarios de drogas, incluso cuando éstos han dejado de consumir y se encuentran en rehabilitación. De acuerdo con estos estudios, el desarrollo personal de las personas usuarias y su inserción en las instituciones sociales se ven dificultados o impedidos debido a la baja autoestima. En este apartado, se analizan los resultados de los cuestionarios aplicados a usuarios(as) y sus familiares para establecer la relación entre la conciencia del estigma y la autoestima.

La Tabla 5 muestra los resultados de un análisis de varianza²⁹ comparando el grupo de personas usuarias versus sus familiares en los constructos de autoestima y conciencia del estigma. Los resultados indican que los familiares de usuarios(as) perciben una mayor estigmatización que el grupo de usuarios(as), con una media de $M= 2.6$ en el primer caso y de $M= 2.22$ en el segundo y una desviación estándar de $DE=0.79$ y $DE= 0.56$ respectivamente ($p<.001$). Este hallazgo se puede deber al hecho de que las personas usuarias de drogas tenderán a relacionarse sólo con otras personas usuarias, afirmación que se corrobora con la correlación que encontramos entre las preguntas relacionadas con discriminación y segregación, como se verá en el punto 3 de este informe.

²⁷ Los llamados doce pasos (Anexo I) que siguen la mayoría de los grupos de ayuda mutua al interior y al exterior de los centros de rehabilitación, muestran esa tendencia a culpabilizar a la persona adicta para hacerla responsable de sus actos

²⁸ Link, Bruce et al. "Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse", *Journal of Health and Social Behavior*, 1997, Vol 38 (June): pp. 177-190

²⁹ El análisis de varianza (ANOVA por sus siglas en inglés) es un método estadístico para determinar si existen diferencias significativas entre dos o más grupos de datos.

En una escala de 1 a 4 (en la que el nivel 4 indica una muy baja autoestima), la autoestima de personas usuarias y de sus familiares, de acuerdo con los resultados del cuestionario, tiene un promedio de $M= 1.77$ en el caso de usuarias(os) con desviación estándar de $DE= 0.5$ y una media de $M= 1.82$ en el caso de familiares, con desviación estándar de $DE= 0.53$. Es decir, las y los familiares reportan también problemas más claros de autoestima, lo que probablemente puede explicarse por una mayor conciencia del estigma.

**Tabla 5. Análisis de varianza
Autoestima y conciencia de estigma**

		SS	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Autoestima	Inter-grupos	.09	1.00	.09	.33	.57
	-					
Estigma	Inter-grupos	5.90	1.00	5.90	13.45	.00***
	-					
	Total	79.24	168.00			

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a usuarios(as) y a sus familiares

3.3 Culpabilidad o actitud de perdón

La actitud de perdón se opone a la culpabilización y criminalización de la persona adicta. Los procesos de rehabilitación de las personas adictas en centros gubernamentales y no gubernamentales parten de una necesidad de hacer responsable a la persona adicta por lo que se consideran “defectos” de carácter³⁰ y en consecuencia, aplican diversas sanciones para permitirle enmendar sus errores. Se indican aquí algunos de los castigos observados en los centros de rehabilitación:

³⁰ Ver « Los doce pasos » en Anexo I

Las *aplicaciones*, como suelen llamarse a las sanciones que se ejercen a las personas internas que desobedecen, incumplen o rechazan alguna de las disposiciones establecidas dentro de la normatividad propia de la institución son:

- Corte de pelo a *rapa* o rasurado a las personas que vuelven a consumir drogas aun estando dentro del programa de rehabilitación, así como la anulación del tiempo de rehabilitación acumulado al momento.
- Traslado a otro centro de rehabilitación o a otra institución del mismo centro, sin el consentimiento de la persona interna o de alguno(a) de sus familiares.
- *Exhibición* en las reuniones de ayuda mutua. Esta práctica consiste en exhibir, ante el resto de las personas internas del centro de rehabilitación, en las reuniones de ayuda mutua las faltas en las que ha incurrido alguna de ellas. Regularmente se utiliza un lenguaje despectivo para referirse a la persona infractora y se la hace ver como mal ejemplo.
- Actividades consideradas denigrantes tales como bañar a los *casos especiales* (personas que han perdido facultades mentales) o bien asearse con estas personas, mantener el aseo de los sanitarios o lavar cobijas.
- Retención en contra de la voluntad de la persona interna, aun cuando ésta haya cumplido su tiempo obligatorio de internamiento.
- Cambio de un dormitorio que ocupa y que representa una posición dentro de la institución a otro de menor jerarquía. Comúnmente se utiliza la frase, *lo (la) bajaron de dormitorio*.

Estas sanciones tienen un sentido de humillación o castigo de la persona adicta. En este sentido, podrían aumentar la conciencia del estigma y la percepción de discriminación.

A través del cuestionario, se intentó analizar en qué medida las personas usuarias se consideran culpables y si sus familiares tienden o no a culpabilizarlas.

Un análisis de varianza comparando el grupo de personas usuarias versus sus familiares indica que la única diferencia significativa en actitudes de perdón es en el reactivo: “Al adicto(a) debe protegerse de sus errores” (ver Tabla 6). Esto puede ser el efecto de que las y los familiares que respondieron son personas involucradas en la recuperación del (la) adicto(a). Cabe señalar también que la mayoría son mujeres (N=56), casi siempre madres o esposas de las personas internadas en los centros. Como lo señalaron las personas entrevistadas, las mujeres se comprometen con mucha más frecuencia en el apoyo de sus familiares. En efecto, los roles de género, aprendidos y reproducidos en la unidad doméstica, dificultan o impiden el compromiso emocional de los hombres y su implicación en el proceso de recuperación del o de la pariente adicto(a). Afirma así el padre de un joven adicto:

Los varones como íconos de la familia, no le entran. Porque somos muy machos. No es que no acepten que no están consumiendo, se enojan con el hijo o con la hija. El papá no acepta que falló: “soy macho, ante la sociedad estoy quedando muy mal.” Entrar a un grupo de apoyo, pues nos dan ganas de llorar, y la sociedad todo el tiempo nos ha dicho que no tenemos que llorar. A ustedes las mujeres les dicen: “chillen”; pero a nosotros nos han enseñado hasta con cintarazos que no chillamos. No nos permiten sacar las emociones. ¿Ustedes creen que se van a parar en frente o se van a poner a llorar en una sala de cuarenta personas? Tienen el desconocimiento de cómo van a ayudar.³¹

³¹ Entrevista con el señor Marcos, padre de un joven adicto en recuperación, Tijuana, 30 de junio de 2009

Tabla 6. Diferencia de medias entre usuarios(as) y familiares de usuarios(as) en las preguntas referentes al perdón (N= 169)

	Familiares (n = 69)		Usuarías(os) (n= 100)		F (167, 1)
	<u>M</u>	<u>DE</u>	<u>M</u>	<u>DE</u>	
Al adicto(a) debe protegerse de sus errores	2.81	1.13	2.07	1.06	18.36
Los(as) adictos(as) son responsables de su condición	1.86	0.96	1.77	1.08	0.28
El adicto(a) debe ser castigado(a) por sus errores	2.54	1.15	2.41	1.09	0.52
La reacción de la gente le hace daño al adicto(a)	3.20	0.88	3.13	0.91	0.27
Más que acciones, el adicto(a) necesita más comprensión de sus sentimientos	3.17	1.01	3.39	0.85	2.25

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a familiares

El análisis del cuestionario indica que la conciencia del estigma y los problemas de autoestima se manifiestan de manera más clara entre familiares que entre las personas adictas. Esto es debido, probablemente, al papel de intermediarios(as) que cumplen muchas veces la familia entre la persona adicta y las instituciones o el conjunto de la sociedad.

Las personas usuarias de drogas perciben el estigma y asumen cierto sentido de culpa por los problemas que pueden haber generado entre los demás. Las estrategias terapéuticas de todos los centros visitados en el trabajo de campo buscan que la persona adicta asuma responsabilidades por sus acciones. Algunos de los métodos terapéuticos, como la aplicación de sanciones físicas, provocan un sentido de humillación, desvalorización y pérdida de dignidad de la persona.

4. DISCRIMINACIÓN QUE VIVEN LAS PERSONAS QUE CONSUMEN DROGAS, DE MANERA PARTICULAR, LAS PERSONAS TATUADAS

En este apartado, se analiza la discriminación que viven las personas usuarias de drogas a partir de la percepción que ellas mismas tienen de las actitudes discriminatorias en el ámbito laboral y en la calle. El estudio de las conductas discriminatorias de la sociedad en general, en cada uno de los ámbitos institucionales, resultaría un proceso de investigación sin duda necesario, pero muy largo y costoso. Por eso, este informe se centra en la percepción de las propias personas usuarias y de sus familiares.

Existen algunos estudios que se han abocado a analizar las actitudes discriminatorias contra personas usuarias entre cierto tipo de sectores sociales, como los universitarios y los agentes de policía³². Se recuperan aquí algunas de las reflexiones proporcionadas por estos trabajos de investigación.

De acuerdo con resultados previos de investigación, los tatuajes suelen asociarse, en gran parte de la población, con grupos marginados y desviados como drogadictos(as), personas con VIH³³, bandas de cholos y maras en la frontera Norte de México³⁴. Un objetivo de este estudio fue encontrar a través de la encuesta, si las personas usuarias con tatuajes visibles perciben mayor discriminación.

³² Doctor, Ronald M. and Nicholas A. Sieveking, "A Survey of Attitudes Toward Drug Addiction", Miami, Florida, American Psychological Association Convention, September 1970

³³ DeMello, Margo., *Bodies of Inscription: A Cultural History of the Modern Tattoo Community*, Durham: Duke University Press, 2000

³⁴ Valenzuela Arce, José Manuel, *El futuro ya fue. Socioantropología de I@s jóvenes en la modernidad*, México, El Colegio de la Frontera Norte y Juan Pablos, 2009

4.1 Discriminación y segregación de personas usuarias, en particular personas tatuadas

Las personas tatuadas tienden a ser objeto de estereotipos, es decir de imágenes preconcebidas de carácter negativo. En efecto, socialmente se asocia al tatuaje con conducta desviada (alcoholismo, drogadicción o delincuencia) y con la pertenencia a grupos marginados. Esto ha disminuido sin embargo notablemente en los últimos años debido a una suerte de comercialización, de moda o boom de los tatuajes en muchas sociedades urbanas. Por ejemplo, en una encuesta realizada en Estados Unidos en el 2007, el 15% de los participantes declaró tener un tatuaje, pero en la población entre los 18 y 34 años el porcentaje casi fue el doble³⁵.

En la literatura académica se encuentran dos tendencias al analizar las modificaciones del cuerpo a través de tatuajes: (a) En algunas investigaciones, éstos están asociados al estigma y discriminación, se relacionan con grupos marginados y desviados³⁶ como drogadictos(as), personas con VIH-SIDA, bandas de cholos(as) y maras en la frontera norte de México³⁷; y (b) Existe además una literatura emergente que Pitts (2000) bautiza como la sociología de marcas corporales en sociedades “padres” (*sociology of body marks in cool societies*).

En contraste con la idea de que las personas tatuadas son objeto de discriminación y estigma, Foster y Hummel (2000) proponen que los tatuajes se consideran hoy en día como un producto de consumo estandarizado del que las y los consumidores conocen perfectamente sus características y por lo tanto las ventajas que conllevan (estatus y pertenencia) así como sus desventajas (discriminación y estigma) son ampliamente conocidas. En la clase media de

³⁵ Organización Panamericana de la Salud, “Una tendencia que crece, la extracción de tatuajes”, 2003, <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=2216&SE=SN>, consultado el 2 de julio, 2009

³⁶ DeMello, Margo., *Bodies of Inscription: A Cultural History of the Modern Tattoo Community*, Durham: Duke University Press, 2000 and Pitts, V. “Visibly Queer: Body Technologies and Sexual Politics”, *The Sociological Quarterly*, 2000, Vol. 41: 443-463

³⁷ Valenzuela Arce, José Manuel, *El futuro ya fue. Socioantropología de I@s jóvenes en la modernidad*, El Colegio de la Frontera Norte y Juan Pablos, México, 2009

Estados Unidos el uso de tatuajes y perforaciones corporales radicales (otras perforaciones además de las orejas) son las formas de expresión más aceptadas entre estudiantes universitarios, han pasado así de objeto de estigma a objeto de estatus.

En México, siguiendo las tendencias internacionales, se ha visto un incremento en el uso de tatuajes y también denuncias por discriminación en el trabajo y en la escuela³⁸. Las principales denuncias de discriminación competen al ámbito laboral.

De acuerdo con los resultados de la encuesta, se analiza aquí la percepción de la discriminación y la segregación de las personas usuarias de drogas, en particular aquéllas con tatuajes. La Tabla 7 indica que aunque las personas usuarias perciben que la gente las discrimina por sus tatuajes, se sienten generalmente orgullosas de estar tatuadas³⁹.

Los resultados del cuestionario aplicado a familiares apoyan las percepciones de discriminación laboral que reportan las personas usuarias⁴⁰. Sin embargo, a diferencia de éstas, sus familiares expresan desaprobación hacia los tatuajes, como se puede observar en la Tabla 8⁴¹.

En general, se puede afirmar que las actitudes de los (las) familiares hacia los tatuajes de las personas usuarias son muy negativas⁴². Esto indica que los (las) familiares perciben más frecuentemente aún que ellas, discriminación y categorización por parte de la sociedad.

³⁸ Martínez Gonzalez, "Por discriminación laboral, los tatuados podrían interponer demandas", <http://www.frecuencialaboral.com/tatuajes.html>, consultado el 2 de junio, 2009

³⁹ Esto se observa en los promedios superiores a la media que es M=2

⁴⁰ Media superior a 2

⁴¹ Promedios superiores a 2 en una escala del 1 al 4, en las preguntas "Por estar tatuado la gente lo(a) ve como bicho raro", "Por sus tatuajes tiene dificultades para conseguir empleo", y "Prefiero que él/ella se tape los tatuajes cuando salimos a la calle".

⁴² Promedios superiores a 2 en una escala del 1 al 4

Tabla 7. Discriminación y tatuajes entre usuarios(as) (N= 100)

Hombres	N	Mínimo	Máximo	Media	DE.
Por mis tatuajes, tengo dificultades para encontrar trabajo	47	1	4	2.19	1.30
El estar rallado hace que la gente me vea como bicho raro	47	1	4	2.72	1.16
El estar rallado me ayuda a sobrevivir en la calle	47	1	4	1.96	1.11
Estoy muy orgulloso de mis tatuajes	47	1	4	2.43	1.21
Mujeres	N	Mínimo	Máximo	Media	DE.
Por mis tatuajes, tengo dificultades para encontrar trabajo	15	1	4	2.93	1.39
El estar rallado hace que la gente me vea como bicho raro	15	1	4	2.87	.99
El estar rallado me ayuda a sobrevivir en la calle	15	1	4	1.87	1.06
Estoy muy orgulloso de mis tatuajes	15	1	4	2.87	1.30

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a usuarios(as)

Tabla 8. Discriminación y tatuajes entre las y los familiares (N= 69)

Sexo	Reactivo	N	Mínimo	Máximo	Suma	Media	Desv. típ.
Hombre		13					
	Me gustan mucho sus tatuajes	5	1	3	9	1.80	.84
	Por estar tatuado(a) la gente lo(a) ve como bicho raro	5	1	4	12	2.40	1.52
	Por sus tatuajes tiene dificultades para conseguir empleo	5	1	4	11	2.20	1.30
	Prefiero que él/ella se tape los tatuajes cuando salimos a la calle	5	1	4	12	2.40	1.14
Mujer		56					
	Me gustan mucho sus tatuajes	20	1	4	32	1.60	.99
	Por estar tatuado(a) la gente lo(a) ve como bicho raro	20	1	4	50	2.50	1
	Por sus tatuajes tiene dificultades para conseguir empleo	20	1	4	53	2.65	1.14
	Prefiero que él/ella se tape los tatuajes cuando salimos a la calle	20	1	4	49	2.45	1

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a familiares

Los resultados presentados en la Tabla 9 muestran que no se encontró ninguna relación significativa entre autoestima y estigma con actitudes hacia tatuajes. Sin embargo, cuanto mayor es el número de tatuajes que tiene la persona usuaria mayor es la probabilidad de que ésta perciba que le sirven como protección para sobrevivir en la calle⁴³.

Además, las personas usuarias sienten mayor protección por sus tatuajes, cuanto más visibles son, pues la relación entre no poder esconder sus tatuajes y percibir que les ayuda a sobrevivir en la calle es significativa ($r = -.26^*$, $p < .05$).

⁴³ La correlación es de ($r = .45^{**}$, $p < .01$), además el grado de acuerdo con la pregunta "El estar rallado me ayuda a sobrevivir en la calle" no llegó al 2, que es la media natural en la escala que utilizamos de 1 al 4 (ver Tabla 8).

Tabla 9. Intercorrelaciones de las actitudes hacia los tatuajes entre personas usuarias de drogas (N= 100)

	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. Autoestima	.01	.03	.08	.13	.06	-.03	.17	.13	.00	-.02	.10
2. Estigma	----	.15	.04	.14	.04	.01	.04	.13	-.02	-.07	.03
3. ¿Tiene tatuajes?	----	----	.15		.19	.29(*)	.15	.23	.26(**)	.49(**)	.04
4. ¿Cuántos?	----	----	----	.17	.06	.00	.45(**)	.18	-.13	.23	.02
5. Se pueden esconder Si/No	----	----	----	----	.06	-.03	-.26(*)	.17	-.29(*)	.06	.03
6. Por mis tatuajes, tengo dificultades para encontrar trabajo	----	----	----	----	----	.37(**)	.17	.15	.24	-.17	.16
7. El estar rallado(a) hace que la gente me vea como bicho raro	----	----	----	----	----	----	.13	.10	.06	-.27(*)	.03
8. El estar rallado(a) me ayuda a sobrevivir en la calle	----	----	----	----	----	----	----	.23	-.02	-.04	.20
9. Estoy muy orgulloso(a) de mis tatuajes	----	----	----	----	----	----	----	----	.15	-.15	.14
10. Sexo	----	----	----	----	----	----	----	----	----	.46(**)	.10
11. Inyección Si/No	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	.01
12. ¿De su familia nuclear (hijos(as), esposo/a, padres, hermanos), cuántos son adictos(as)?	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

p. <.05, p. < 01**

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a usuarios(as)

El hecho de que las personas usuarias de drogas no perciban generalmente los tatuajes como un problema para la interacción con los demás, puede deberse justamente a que constituyen un medio de identificación y una forma de defensa en la calle. Representan además una trasgresión voluntaria de los valores estéticos corporales tradicionales. Asimismo, son identificadores, es decir, permiten establecer que la persona tatuada tiene o ha tenido un contacto con el denominado *bajo mundo*, o bien que ha purgado alguna pena en prisión. Son signos de diferenciación y pertenencia a distintos barrios o pandillas.

Mientras mayor sea la visibilidad del tatuaje, más clara es la trasgresión ante la sociedad y mayor el respeto que infunde ante integrantes de pandillas o personas usuarias de drogas. Por ello, de acuerdo con los resultados de la encuesta, la visibilidad de los tatuajes aumenta la percepción de que éstos ayudan para “sobrevivir en la calle”.

El tatuaje provoca así un sentido de comunidad entre las personas usuarias, pero las hace también ajenas, diferentes y por lo tanto estigmatizadas por el resto de la sociedad.

Los resultados de la encuesta muestran que las y los usuarios(as) de drogas inyectadas muestran una muy marcada tendencia a llevar tatuajes. El trabajo de observación en lugares de inyección (o *picaderos*) confirma este hallazgo. En efecto, los tatuajes permiten ocultar las marcas o *traques*⁴⁴ que se generan en la piel por la constante inyección de drogas vía intravenosa.

La encuesta permite también analizar la diferencia de percepción de la discriminación entre mujeres y hombres, en los grupos de usuarios(as) y familiares de usuarios(as). En el grupo de personas usuarias, se encontró que considerablemente más mujeres que hombres reportan: “Casi toda la gente con la que me relaciono son adictos(as)”. En una diferencia casi significativa ($p < 0.06$), más mujeres estuvieron de acuerdo también con la afirmación de que “Por mis tatuajes, tengo dificultades para encontrar trabajo”.

Cabe hacer notar que sólo 15 mujeres afirmaron tener tatuajes, por lo que se necesitaría ampliar el número de encuestadas para obtener datos más concluyentes en este reactivo. Sin embargo, junto con la pregunta anterior,

⁴⁴ Traques deriva del idioma inglés, exclusivamente de la palabra *tracks*, en referencia a los caminos, rutas, senderos, etc. que se marcan en la piel de los consumidores de drogas vía intravenosa.

podemos deducir que las mujeres sienten más vergüenza y categorización negativa de parte de la sociedad por su condición de usuarias de drogas y tatuadas.

Tabla 10. Análisis de Varianza de las actitudes discriminatorias por uso de drogas y tatuaje entre mujeres y hombres usuarias.

		N	Media	DE	F (1, 98)
Tengo dificultades para encontrar trabajo por mi vicio	Hombre	65.00	3.17	1.14	
Casi toda la gente con la que me relaciono son adictos	Hombre	65.00	2.69	1.09	6.71**
Se pueden esconder los tatuajes Si/No	Hombre	44.00	.66	.48	1.18*
Por mis tatuajes, tengo dificultades para encontrar trabajo	Hombre	47.00	2.19	1.30	3.6+
	Mujer	15.00	2.87	1.30	

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a usuarios(as)

Por otro lado, cabe señalar que la edad y los años de consumo de drogas se encuentran relacionados con la probabilidad de tener tatuajes. La Tabla 11 muestra además las correlaciones de la percepción de categorización y discriminación entre personas usuarias de drogas (N= 100). Destaca la fuerte correlación entre las preguntas "Tengo dificultades para encontrar trabajo por mi vicio" y "Casi toda la gente con la que me relaciono son adictos(as)" ($r = .29^*$ p. $<.05^*$). En otros términos, la discriminación laboral está relacionada con la tendencia a la autosegregación, es decir a realizar la mayor parte de las actividades cotidianas al interior mismo del grupo de usuarios(as). Resultó

particularmente elevada la percepción de que traer tatuajes dificulta encontrar un empleo ($r = .67^{***}$, $p < .001$).

En cuanto a actitudes discriminatorias y correlaciones en el grupo de familiares (Tabla 12) se encontró, como se menciona anteriormente, que a mayor estigmatización menor es la autoestima de las personas ($r = .31^{**}$, $p < .01$).

Tabla 11. Correlaciones de las actitudes hacia la discriminación entre personas usuarias de drogas (N= 100)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Tengo dificultades para encontrar trabajo por mi vicio		.29(**)			-												
2. Casi toda la gente con la que me relaciono son adictos			.08	.14	.02	.24	.04	.10	-.21	-.09	.18	.13	.13	-.08	-.03	-.18	-.07
3. Tiene tatuajes				.07	.06	.02	.39(**)	.22	.20	.17	.25(*)	.04	-.21(*)	-.11	-.19	.23(*)	-.09
4. ¿Cuántos?					.15		.19	.29(*)	.15	.23	.26(**)	.41(**)	.24(*)	.48(**)	-.02	.04	.24(*)
5. Tiene tatuajes Si/No																	
6. Por mis tatuajes, tengo dificultades para encontrar trabajo																	
7. El estar rallado hace que la gente me vea como bicho raro																	
8. El estar rallado me ayuda a sobrevivir en la calle																	
9. Estoy muy orgulloso de mis tatuajes																	
10. Sexo																	
11. Tipo droga																	
12. Edad																	
13. Años de usuaria(o)																	
14. Escolaridad																	
15. Número familiares usuarios																	
16. Número veces internado																	

p. <.05, p. < 01**, p. <.05, p. < 01** Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a usuarios(as)

Tabla 12. Correlaciones de las actitudes hacia personas con tatuajes entre familiares (N= 69)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. Sexo	—	-.05	.02	.16	.09	-.02	.09	.00	-.09	.04	.16	.02	-.03	.10	.12
2. ¿Cuántos años tiene?		—	-.18	.14	.01	-.18	-.07	-.05	-.04	.10	.31	.24	.14	.20	.27(*)
3. ¿De su familia nuclear (hijos, esposo/a, padres, hermanos), cuántos son adictos?			—	-.01	.00	.43(**)	.36	.12	-.14	.05	-.03	-.36	.10	.02	-.16
4. Autoestima				—	.31(**)	-.06	-.24	-.16	-.03	-.16	-.21	.10	.04	-.02	-.09
5. Estigma Familia					—	.09	-.20	-.11	.27	.14	-.03	.23	.03	.23	.11
6. Se pueden esconder los tatuajes Si/No						—	-.40(*)		.21	.09	.31	.05	.33(**)	.23	-.13
7. ¿Cuántos?							—	-.40(*)	-.15	.32	.47(*)	-.38	.07	.03	-.44(*)
8. Familiares: Se pueden esconder los tatuajes Si/No								—	.21	-.09	-.32	-.05	-.14	-.43(*)	.32
9. Me gustan mucho sus tatuajes									—	.05	-.04	.13	.17	.05	.09
10. Por estar tatuado la gente lo(a) ve como bicho raro										—	.67(**)	.18	.27	.08	-.24
11. Por sus tatuajes tiene dificultades para conseguir empleo)											—	-.08	.16	.31	-.32
12. Prefiero que él/ella se tape los tatuajes cuando salimos a la calle												—	-.08	.34	.37
13. ¿Cuántos años lleva él/ella en el vicio?													—	.05	.09
14. ¿En cuántos centros ha estado internado?														—	.08

p. <.05, p. < 01**

Fuente: Elaboración con base en el cuestionario aplicado a familiares

Puede hablarse de un sentido de comunidad compartida por personas usuarias de drogas, en la que los tatuajes constituyen a menudo señales de identificación. Como otros grupos estigmatizados, tienden a autosegregarse, compartir vivienda, acompañarse en la búsqueda de trabajo, en la negociación de espacios de consumo y de servicios. Esto explica porqué cuanto más tiempo llevan consumiendo drogas, mayor es el número de tatuajes y con más frecuencia las personas usuarias indican que se relacionan principalmente entre sí.

Por el trabajo de observación en los *picaderos*, se puede afirmar que algunos(as) UDIs llevan por ejemplo más de 15 años habitando en la alcantarilla de Río Tijuana, en condiciones muy riesgosas para su salud y su seguridad personal. Esta forma de vida no puede analizarse simplemente como fruto de decisiones personales. Responde, más que nada, a las vivencias repetidas de discriminación y estigma. Son consecuencia también de la carencia de espacios institucionales y de políticas focalizadas hacia este grupo de población.

5. DIFERENCIACIÓN SOCIOCULTURAL Y ECONÓMICA DE LAS PERSONAS USUARIAS RESPECTO AL TIPO DE DROGAS QUE CONSUMEN

5.1 Factores de riesgo y consumo de drogas

Las condiciones de pobreza y marginalidad aumentan la probabilidad de consumo de alcohol y de drogas, lo cual constituye un factor de riesgo para otros problemas relacionados con la salud. De esta manera, las y los niños(as), adolescentes y adultos(as) que viven en zonas caracterizadas por la violencia, la delincuencia y la marginalidad tienen una alta probabilidad de sufrir accidentes, enfermedades de transmisión sexual y trastornos psicopatológicos⁴⁵ relacionados con el uso indebido de alcohol y de drogas.

Los resultados de la encuesta aplicada por el SISVEA indican que el 37.7 de las personas consumidoras tiene hasta seis años de escolaridad, y la mayoría (78.8%) tiene hasta la secundaria⁴⁶. Asimismo, de acuerdo con las entrevistas a las y los directivos de los centros y a familiares de personas adictas, la mayoría de los y las usuarios de drogas son de clase baja, tienen niveles escolares bajos. Muchos(as) provienen de familias uniparentales, es decir, generalmente de madres solteras o padres ausentes.

Las familias que llegan al centro son de medio para abajo y uno que otro de familia adinerada que llegan solos porque sus familias ya no los quieren. Familias disfuncionales, padres divorciados, varones violados por el padrastro, señoras que tenían al esposo y a los dos hijos en el centro. Lo más común es que hermanos estén ahí porque uno jala al otro. En un descuido, el hijo para hacerlo parte de su grupo pues lo jala, de alguna forma al otro lo convence. Muchas ocasiones fueron hermanos pero también toca del papá y los hijos. O también muchas veces el padre fue adicto y los hijos también.⁴⁷

⁴⁵ El uso de drogas puede ocasionar una alteración de la percepción, de la conducta o incluso de la personalidad. Algunas drogas provocan alucinaciones, ansiedad, situaciones de exaltación o de extrema obsesión. En ciertos casos, las personas usuarias de drogas pueden llegar a estados paranoides, depresivos o maníacos. En el extremo, el uso o abuso de ciertas sustancias puede llevar a la esquizofrenia. (Corderch, J., *Psiquiatría dinámica*, Herder, Barcelona, 1987

⁴⁶ Secretaría de Salud, SISVEA, Informe Anual 2008 para Baja California, <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/SISVEA%202008/INFORMES/BC%20cij%20y%20sisvea%202008.pdf>, consultado el 30 de octubre de 2009

⁴⁷ Entrevista con el Sr. Marcos, padre de adicto en recuperación, Tijuana, 30 de junio de 2009

Al factor de riesgo constituido por las condiciones socioeconómicas y de desintegración familiar, se suma la facilidad de acceso a ciertas drogas ilegales. En los últimos años, ante la fuerte competencia entre los distintos cárteles de las drogas, las ciudades de la frontera norte de México se han visto inundadas por todo tipo de drogas ilegales.

En Tijuana, se combinan así distintos factores que han llevado hacia el enorme aumento del consumo de drogas en las colonias populares: marginación, pobreza y gran oferta de drogas sintéticas a precios muy baratos. Los distintos testimonios recogidos en el trabajo de campo señalan que en estos momentos, una dosis de cristal que podría alcanzar para un día completo, está al precio de 50 pesos. Si bien es difícil precisar el número de personas que usan drogas sintéticas, la presencia generalizada de las llamadas “narcotienditas” en las colonias populares y el alto número de pacientes atendidos en los centros de rehabilitación demuestran que el consumo de estas drogas se ha convertido en Tijuana en un grave problema de salud pública.

Otra consecuencia visible del aumento continuo del consumo es la presencia cotidiana de adictos(as) en el Centro de Internamiento Municipal de Faltas Administrativas. Ahí son detenidas por la policía municipal, en promedio diario unas 450 personas y 70% u 80% de ellas son adictos(as). El director de la corporación, Víctor Manuel Zatarain Cedano, explicaba así hace dos años, en entrevista con el periódico *El Universal*, que durante el 2006 se habían incrementado hasta en 600% las detenciones por posesión y venta de droga. En ese centro de reclusión, situado sobre la vía rápida de Tijuana, las y los adictos(as) permanecen de 24 a 36 horas. El nivel de reincidencia era de aproximadamente 80%, de tal manera que entraban y salían de estas celdas que igual albergan a mujeres que a hombres.⁴⁸

⁴⁸ Gómez, Francisco, “Mueren 10 en Tijuana al mes por sobredosis”, *El Universal*, México, 15 de enero de 2007

5.2 Tipos de drogas consumidas

Ante todo, es importante señalar que en su gran mayoría, las personas adictas no consumen una sola droga, sino una combinación de varias. Es común también que sean adictas al alcohol y/o al tabaco. De acuerdo con entrevistas con directores(as) de centros de rehabilitación, las personas usuarias de drogas suelen consumir múltiples sustancias aunque después de meses o años, llegan a “preferir” alguna de ellas. La que se consume con mayor frecuencia y causa la adicción es llamada comúnmente “droga de impacto”. También varían considerablemente las formas de consumo, ya que muchas drogas, como las metanfetaminas o la cocaína, pueden ser inhaladas, inyectadas o fumadas.

De acuerdo con datos proporcionados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) de la Secretaría de Salud, durante el año 2007, el cristal fue la principal droga de impacto por la que acudieron personas adictas a los centros de rehabilitación no gubernamentales, constituyendo el 42 por ciento de los casos. Le seguían la heroína con el 33 por ciento y el alcohol con el 11.4 por ciento.

Se observa así la tendencia a un aumento en el consumo de heroína y cristal y una disminución de drogas como la marihuana, cocaína e inhalables. En el caso de Baja California, los inhalables representan apenas el 0.45 por ciento como droga de impacto de las personas que ingresan a centros de rehabilitación no gubernamentales.

Otra tendencia, manifiesta desde la década de 1990, es el aumento en el consumo de drogas inyectadas. El consumo de drogas vía intravenosa en Baja California se estima en más de 14,000 UDIs, de los cuales en Tijuana representan una población de cerca de 6,000 UDIs⁴⁹, esta estimación representa el mayor crecimiento en todo México⁵⁰. Tijuana ocupa el segundo

⁴⁹ Lozada, Ma. Remedios, ISESALUD y Andrea Mantsios, MHS UCSD, “VIH/SIDA en poblaciones vulnerables”, 2008

⁵⁰ Brouwer, C. Kimberly, “Revelaciones de estudio sobre los Deportados: Parte 1. Políticas

lugar en el promedio de edad de la primera inyección, que en esta caso es de 19 años, este promedio la sitúa a la par de ciudades como Nueva York, Sidney, Londres y Río de Janeiro y sólo por encima de las ciudades de San Petesburgo y Odessa que tienen el promedio de edad más bajo, siendo éste a los 18 años.

Los resultados proporcionados por el SISVEA, en el periodo comprendido entre 1994 y 1996, muestran variaciones interesantes en lo que respecta al comportamiento sobre el consumo de drogas. La población que solicitó atención en Centros de Rehabilitación en las ciudades fronterizas, refirieron con mayor frecuencia que la droga que habían consumido por primera vez en su vida, droga de impacto era la heroína. Drogas como la cocaína, marihuana e inhalables ceden terreno como drogas de *inicio* y de *actualidad*. Para el año 1997 la heroína logra ocupar el primer lugar de consumo, *droga actual*.

En el consumo de heroína ha predominado el método de inyección intravenosa como forma predilecta para suministrarse la droga. Por lo que consumidores de heroína utilizan, en su mayoría, el inyectarse, “fletarse”, “dejarse caer”, como formas de nombrar el consumo de la droga vía inyectada. Las prácticas de consumo vía intravenosa se extendieron a otras drogas existentes en el mercado tales como cocaína y metanfetamina.

Durante la década de 1997 a 2007, fue cobrando cada vez mayor lugar el consumo de metanfetaminas, bajo la forma de *ice* (hielo)⁵¹. La persona adicta a inhalar, inyectarse o a la toma de cristal, a diferencia de quienes consumen marihuana o cocaína, es sumamente agresiva y violenta; padece alucinaciones, delirio de persecución y esquizofrenia. Se trata de drogas muy baratas, debido a que pueden fabricarse en cualquier laboratorio casero: la pseudoefedrina se filtra del Efedrin, Nusifed o Actifed, medicamentos no controlados para tratar la gripe y la tos, que se venden sin receta en las mil 400 farmacias que operan en Tijuana.⁵²

Públicas y la Migración”, Instituto de las Américas, 23 de Junio de 2009

⁵¹ Cabe señalar que las metanfetaminas pueden ser inyectadas, inhaladas o bien tomadas. Asimismo, la cocaína es generalmente inhalada pero puede también ser tomada.

⁵² Garduño, Roberto (enviado), “Al amparo de la policía, el cristal envenena a miles de tijuaneños”, *La Jornada*, México, 12 de marzo de 2009

5.3 Drogas consumidas por nivel socioeconómico y educativo

Como se explicó anteriormente, el consumo de drogas se sitúa fundamentalmente en sectores de bajo nivel educativo, con la notable excepción de la cocaína, que circula de manera generalizada en los sectores de alto nivel educativo y socioeconómico. Aparece también en los datos del SISVEA que la mayoría de las personas usuarias de drogas no tiene trabajo fijo. Esto se debe por un lado, a la dificultad de mantener un compromiso como resultado de la adicción. Otra causa puede ser la discriminación de que se ven objeto las personas usuarias de drogas.

Tabla 13. Perfil sociodemográfico de la población que acude a centros de tratamiento no gubernamentales en el estado de Baja California, según droga de impacto. 2007

Características	Global* N= 9447	Mariguana N= 264	Alcohol N= 1074	Cocaína N=237	Heroína N= 3121	Cristal N= 3968	Otros** N= 756
Hombres	91.8	93.2	93.2	89.9	94.1	91.1	88.4
Mujeres	8.2	6.8	6.8	10.1	5.9	8.1	11.9
Sin escuela	3.3	1.1	8.3	.4	2.6	3.1	1.2
Primaria	32.7	18.6	41.6	16.0	34.2	32.9	22.62
Secundaria	41.2	50.0	29.6	38.0	41.8	41.2	61.98
Técnico	.8	.4	.6	.4	.6	.9	0.16
Preparatoria	19.1	26.9	16.0	34.2	18.3	19.1	8.62
Licenciatura	2.1	1.9	2.6	10.1	1.8	1.7	1.9
Posgrado	.3	.4	.7	.8	.1	.2	.06
Estudiante	1.9	11.0	2.0	3.8	.4	2.0	4.34
Desempleado	41.5	36.0	38.6	32.9	41.0	44.2	35.16
Desocupado	17.2	18.9	16.9	20.7	16.5	15.8	33.8
Trabajo fijo	18.0	20.1	19.4	26.2	18.9	17.0	13.3
Trabajo ocasional	17.9	12.9	19.4	11.8	20.3	17.6	47.4
Ama de casa	3.1	.8	2.2	2.5	2.7	3.2	3.74
Jubilado	0.5	.4	1.5	2.1	.3	.3	.14

Fuente: SISVEA, Baja California

* Incluye 27 casos de tabaquismo

** Inhalables (44), tranquilizantes(35), Rohypnol(3), drogas médicas(59), alucinógenos, basuco y psicotrópicos (615)

Si bien hace unos años, los inhalables ocupaban el mayor lugar entre los sectores socioeconómicos de menores recursos, en la actualidad, el cristal o *ice* puede ser llamada “la droga de los pobres”. Cabe señalar, sin embargo, que es frecuente también su consumo entre las y los adolescentes o jóvenes de clases medias, debido a que se puede obtener casi en cualquier lugar. Como nos señala en entrevista el padre de un joven consumidor de cristal, la receta misma para fabricarlo se encuentra en *Internet*.

La heroína ha pasado también a ser consumida por todo tipo de grupos sociales, desde personas de alto nivel económico, profesionistas y clases medias, hasta albañiles y desempleados. Su precio es relativamente accesible (100 pesos por dosis). En ocasiones, el dinero para su compra se obtiene de manera ilícita (robo o venta de drogas principalmente) y en otras, en el mercado informal (limpiado de carros y de vidrios). Algunos usuarios(as) de heroína tienen empleo formal aunque la adicción dificulta generalmente la conservación del empleo.

De acuerdo con el estudio realizado por Jesús Pablo González Reyes, el tipo de internos(as) que buscan ayuda en los centros son predominantemente hombres, en edades entre 25 y 30 años. Antes de ingresar al centro, la mayoría se desempeñaba (cuando trabajaban) como obreros, o empleados de servicios en general. El ingreso a los centros se debió por lo regular por la adicción a las drogas tales como la heroína, cristal, cocaína, alcohol, psicotrópicos, alucinógenos, y en la mayoría de los casos son adictos a diversas drogas. El 80% de los (las) que empezaron a consumir drogas en edades de 5 a 9 años declararon que provenían de hogares cuya condición económica era regular o mala, porcentaje que se reduce a 68% de los (las) que iniciaron en las drogas en edades de 10 a 14 años, a 66% en los que empezaron en edades de 15 a 19 años, y a 53% de los (las) que comenzaron a partir de los veinte años o más.

El mismo estudio señala que el 43% de las personas internas de los centros respondieron que habían cursado la secundaria completa o no la habían concluido, el 29% tenía estudios superiores a secundaria, y el 28% sólo tenía estudios de primaria completa o menos. El 72% de la población de adictos(as) trabajaba antes de su ingreso al centro de rehabilitación, el 78% de los varones señaló que trabajaba frente a sólo el 42% de las mujeres⁵³.

⁵³ González Reyes, Pablo Jesús, *Op. Cit.*, p. 183

5.4 Drogas consumidas por género

Existe una diferenciación entre el tipo de drogas consumidas y el sexo: de acuerdo con la Encuesta Nacional de Adicciones 2002⁵⁴ el 2.11 por ciento de las mujeres mexicanas y el 8.59 por ciento de los hombres, han consumido drogas en alguna ocasión, siendo las más frecuentes la marihuana entre los hombres y las drogas médicas entre las mujeres. De quienes han consumido alguna vez, tanto entre hombres como entre mujeres, el 14.18 por ciento se vuelven usuarios(as) frecuentes (más de 50 veces).

La tabla 13 nos muestra que para el año 2007, las mujeres representaron el 8.2 por ciento de quienes llegaron a los centros de rehabilitación en Baja California. Cabe señalar que sólo 35 personas de un total de 9,447, eran usuarias primordialmente de tranquilizantes, de las cuales sólo 7 eran mujeres. Esto puede significar que los tranquilizantes, al igual que la marihuana, llevan raramente a las personas usuarias hacia un proceso de rehabilitación. Es decir, a pesar de que su uso es relativamente generalizado, los síntomas de dependencia a estas drogas no resultan tan aparentes como las metanfetaminas.

⁵⁴ INEGI, Encuesta Nacional de Adicciones 2002, www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf, consultado el 17 de junio de 2009

6. RELACIÓN BILATERAL ENTRE CONSUMO DE DROGAS Y RESPETO A LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS PERSONAS USUARIAS

6.1 El derecho a la vida y a la salud

El derecho a la vida de las personas usuarias de drogas es violado sistemáticamente por la persecución, la marginalidad y la falta de atención médica en la que viven la mayoría de las y los usuarios. Las políticas recesivas, las recurrentes crisis sociales y la reducción de los servicios de asistencia social para la población en general han provocado una situación todavía más grave entre los grupos vulnerables, como son las personas que consumen drogas.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966 en su artículo 12, firmado y ratificado por México, reconoce “el derecho que tiene toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. En dicho pacto, los Estados se comprometen a tomar las medidas necesarias para asegurar “la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas” así como “crear condiciones propias para asegurar a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.”⁵⁵

Las políticas de lucha contra las drogas aplicadas en la mayor parte de los países, lejos de adoptar una perspectiva de salud pública, han focalizado el problema a través de la prohibición y de la criminalización de las y los usuarios de drogas. La intervención con enfoque de salud ha sido mínima, a pesar de la evidencia cada vez mayor de que ése es el enfoque con mayor eficacia y mejor costo-beneficio.⁵⁶

⁵⁵ Organización de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0014.pdf> consultado el 3 de agosto de 2009.

⁵⁶ Alex Wodak, “Health, HIV Infection, Human Rights, and injecting Drug Use”, *Health and Human Rights*, Vol.2 N°4, Harvard School of Public Health, 2000, p 31

La prohibición ha provocado probablemente efectos contrarios a lo esperado en el mercado global. Por ejemplo, formas relativamente poco dañinas de consumo como masticar hojas de coca que era de uso tradicional en la región andina, han sido remplazadas por formas mucho más dañinas como la inyección de cocaína o su inhalación.⁵⁷

Las medidas de salud pública introducidas para evitar la expansión del VIH, como el uso de metadona o los programas de intercambio de jeringas, han sido obstaculizados o cancelados en muchos países por una creencia equivocada de que son contradictorios con la lucha anti-drogas. Esto ha provocado, a partir de los años ochenta, una rápida expansión de la infección por VIH entre la población consumidora de drogas inyectadas y sus compañeros(as) sexuales e hijos(as).

Resulta difícil prevenir y atender a la población infectada debido a las condiciones de clandestinidad y marginación en las que vive, que se ven acentuadas por políticas contra las drogas basadas exclusivamente en la prohibición y la criminalización.

De esta manera, en la actualidad la población UDI tiene tasas de morbilidad mucho más altas que la población en general, debido al alto contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), en particular VIH. A nivel internacional, los UDIs representan aprox. 5 a 10 por ciento de las nuevas infecciones por VIH en el mundo.⁵⁸

Información de CENSIDA reporta que se estima una prevalencia de VIH en la población UDI de entre 2.3 – 6.5%, de acuerdo a un estudio realizado en la ciudad de Tijuana en el año 2005⁵⁹. Este porcentaje resulta elevado en comparación al 1.2% que se presenta a nivel nacional. Además, la mayoría de la población contagiada no tiene acceso a los tratamientos de antirretrovirales.

⁵⁷ Alex Wodak, Op. Cit., p. 32

⁵⁸ Alex Wodak, Op. Cit., p. 30

⁵⁹ CENSIDA. SIDA en cifras. Disponible en <http://www.salud.gob.mx/conasida>, consultado el 30 de junio de 2009

La población usuaria de drogas es también particularmente vulnerable a adquirir otras infecciones como la Hepatitis B y C. En México, el virus de la hepatitis C (VHC) afecta principalmente a la población UDI, como lo demostraron los resultados obtenidos de un estudio realizado en Tijuana y Ciudad Juárez, el cual arrojó una prevalencia del 94.6% de infección del VHC entre la población UDI en esas dos ciudades de la frontera norte⁶⁰.

Entre los factores de riesgo para la adquisición del VIH y del VHC se encuentran el uso de jeringas *sucias*, el tiempo de consumo de drogas inyectables, la frecuencia de inyección y del uso compartido de jeringas, así como la ocupación de espacios improvisados e insalubres para el consumo de drogas (picaderos). Un dato importante revela que la deportación de indocumentados y de ex convictos, provenientes de Estados Unidos con destino a México tiene una relación directa con un aumento en conductas de riesgo de VIH en los UDIs en Tijuana⁶¹. El tratamiento del VHC es caro, complicado y no siempre eficaz⁶².

Entre las personas consumidoras de drogas en los Estados Unidos, se encontró que es más probable que estén contagiadas con el VHC las usuarias con tatuajes que las que no los tienen⁶³. Otro peligro potencial para las personas tatuadas es el contagio de VIH-SIDA por el contacto mismo con agujas contaminadas. Estas enfermedades pueden dar lugar a una mayor discriminación, ya que el miedo a la enfermedad lleva al miedo de contagio y este a su vez al rechazo “del otro”⁶⁴. En efecto, el tatuaje y el contagio por VIH-SIDA son factores que aumentan las probabilidades de discriminación y estigmatización de los y las usuarios de drogas.

⁶⁰ White, Emily et al. , “Prevalence of hepatitis C virus and HIV infection among injection drug users in two Mexican cities bordering the U.S.”, *Salud Pública* 49, 2007

⁶¹ Los datos son citados por la Dra Victoria Ojeda, Division of Global Public Health, University of California, San Diego, 2008

“Experiencias Migratorias de Tijuaneños Vulnerables y factores de Riesgo”, 2008

⁶² White et al., Op. Cit., p.169

⁶³ Nurutdinova, Ben Abdallah et al., “HCV risk factors among street-recruited substance-abusing women”, Documento presentado en el College on Problems of Drug Dependence, Scottsdale Arizona, junio 2006. pp. 64-65

⁶⁴ Douglas, & Wildavsky, *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*, University of California Press, Berkeley, CA., 1982

A pesar de los datos de aumento de infecciones en la población UDIs y del desarrollo de exitosos programas de prevención en varias ciudades del mundo, las estrategias de reducción de daños en México han sido asistemáticas, muy focalizadas y con escasa cobertura.⁶⁵ Tijuana sólo tiene un pequeño programa de intercambio de jeringas y dos clínicas de metadona, ambas operadas por grupos privados.

Los programas de intercambio de jeringas (PIJ) son los programas más comunes de reducción de daños hacia la población usuaria de drogas inyectadas. Consisten en distribuir jeringas nuevas entre los UDIs a cambio de las que ya han sido utilizadas en el consumo de drogas. Estos programas ofrecen además la oportunidad de integrar servicios auxiliares como: pruebas de detección, diagnóstico y tratamiento para VIH, Tuberculosis (TB), Hepatitis B y C, consejerías, referencia a tratamientos de rehabilitación y algunos otros servicios más.

En el año 2003, la Secretaría de Salud publicó un comunicado titulado “Campañas de Prevención. Acatamiento a lineamientos internacionales”, de posición a favor de la reducción de daños en población UDI⁶⁶. En 2004, el CENSIDA y el CONADIC impartieron los primeros cursos regionales de capacitación a funcionarios y representantes comunitarios en reducción de daños. En el 2005 CENSIDA y los programas estatales de SIDA reforzaron los programas de reducción de daños, los cuales incluyen la distribución de jeringas en los estados de Baja California, Chihuahua y Sonora. En el 2006 CENSIDA comenzó con el reparto gratuito de jeringas a la población UDI.

Sin embargo, los PIJ en México no se han desarrollado de manera plena debido a las variaciones en las prácticas de consumo de drogas y sobre todo a obstáculos de índole jurídico. Dado que los procesos de inyección de drogas se llevan a cabo en lugares clandestinos y segregados, debido a la prohibición legal que sobre el consumo de drogas impera y a la persecución policíaca

⁶⁵ Touzé, Graciela, « La situación global de la reducción de daños », ponencia presentada en la International Harm Reduction Association – IHRA’s 19th International Conference, Barcelona, 11 al 15 de mayo de 2008

⁶⁶ CONASIDA, www.salud.gob.mx/conasida, consultado el 30 de junio de 2009

contra los UDIs, resulta difícil y peligrosa la tarea de brindar atención sobre prevención a las y los usuarios que existen en la ciudad de Tijuana. Estos factores propician que una gran cantidad de UDIs frecuenten los *picaderos*, lugares utilizados para el consumo de drogas, y adopten prácticas de *renta de equipo*.

Los picaderos son sitios generalmente ubicados en la vía pública, utilizados por las personas usuarias de drogas inyectadas para el consumo de las mismas. Suelen estar situados cerca de los lugares de venta de heroína y suelen ser lugar de reunión o incluso de vivienda irregular.

Al ser designados, por las y los usuarios, como sitios de inyección en estos lugares se puede encontrar en *renta* parte del instrumental necesario para el suministro de drogas vía inyectada. El instrumental básico para la preparación de la droga consiste en el comúnmente conocido como *cacharro* o cuchara o cualquier recipiente que pueda servir para la preparación de la droga, agua para la disolución de la misma y jeringuillas o *erres*, conocidas de manera coloquial, para suministrar vía intravenosa.

Asimismo es común observar que se *contratan* los servicios del *doctor*, quién es la persona que habitualmente reside en el *picadero* y que puede adquirir droga gracias a su habilidad para inyectar. En efecto, algunas personas tienen problemas para lograr una inyección efectiva cuando sufren síndrome de abstinencia, por falta de pericia o porque tienen las *venas quemadas*⁶⁷.

La población usuaria de drogas en general desarrolla otras conductas de riesgo para la salud. Así, algunos estudios en Estados Unidos han reportado que el uso del crack (cocaína fumada) lleva hacia una angustia permanente y la necesidad de adquirir la droga impulsa a las personas usuarias al trabajo

⁶⁷ El término *venas quemadas*, refiere al desgaste provocado en la piel y en las venas debido a los largos periodos de inyección de la droga. Es cuando resulta imposible de localizar una vena para el suministro efectivo y seguro de la droga y por lo tanto, el suministro de droga se vuelve cada vez más difícil.

sexual⁶⁸. Las drogas sintéticas, en particular las metanfetaminas, tienen también un efecto similar, al causar una alta dependencia y una permanente ansiedad. Esto a la vez facilita la expansión de ITS. Al igual que los PIJ, resultan así fundamentales los programas de prevención entre la población usuaria mediante el reparto de preservativos.

6.2 El derecho a la libertad

La Declaración Universal de Derechos Humanos adoptada por la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), establece el derecho a la libertad en su artículo 9. Éste señala que “nadie podrá ser arbitrariamente detenido, preso, ni desterrado.”⁶⁹ Asimismo, en su artículo 13, la Declaración reconoce la libertad de tránsito, al señalar que “toda persona tiene derecho a circular libremente y a elegir su residencia en el territorio de un Estado”.

En México, el artículo 199 del Código Penal Federal, indica que “no se aplicará pena alguna al farmacodependiente que posea para su estricto consumo personal algún narcótico”. En concordancia con dicho artículo, cuando el Ministerio Público o la autoridad judicial se enteran durante el trámite de algún procedimiento que una persona relacionada con el mismo es farmacodependiente, deben informar de inmediato a las autoridades sanitarias, para los efectos del tratamiento correspondiente. Todo procesado o sentenciado que sea farmacodependiente quedará sujeto a tratamiento.⁷⁰

A pesar de lo anterior, los testimonios sobre la situación en los centros de detención y en las cárceles muestran la ausencia total de condiciones para el tratamiento de los farmacodependientes.

⁶⁸ Watkins, Beverly Xaviera et al., « Arms Against Illness : Crack Cocaine and Drug Policy in the United States », *Health and Human Rights*, Vol 2 N°4, 2000, pp. 42-58

⁶⁹ ONU Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

⁷⁰ Secretaría de Relaciones Exteriores (SRE), Dirección General de Derechos Humanos y Democracia, “Respuesta de México a cuestionario de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) sobre ‘Detención de Consumidores de Droga’”, *Derechos Humanos: Agenda Internacional de México*, Boletín Informativo, N°141, México, 17 de agosto de 2009

Los testimonios recogidos en los lugares de consumo muestran por otro lado la práctica muy común de arrestos arbitrarios que suceden ya sea por encontrarse bajo efecto de las drogas o simplemente porque son conocidos de la policía. La mayor parte de las entrevistas con las y los usuarios indican que los policías municipales son los responsables principales de los arrestos arbitrarios, como lo indica el siguiente testimonio:

- “- No hombre padrino, esos putos (sic) me llevaron el otro día, "de barbas".
- ¿Quiénes?
- Pos los municipales, los demás ni nos pelan. Yo andaba recogiendo botes de aluminio allá por el mercado Hidalgo y me levantaron. Primero que porque soy loco y que traía droga, me basculearon y no me hallaron nada y me piden la identificación y pos como no la tengo, de ahí se agarraron y valió madre. (sic) ⁷¹

Los motivos de detención más recurrentes, según varios entrevistados son para llenar las celdas de "la veinte", como se le conoce a la estancia municipal de infractores de Tijuana y a los operativos de "limpieza" que lleva a cabo la policía municipal. En la mayoría de los casos, las o los detenidos son liberados antes de las 72 horas. Sin embargo, muchas personas usuarias pasarán por las cárceles en algún momento de sus vidas.

Con base en el registro de la Procuraduría General de la República, las personas detenidas entre el primero de enero y el 20 de julio de 2009, que son consumidoras de drogas y que delinquieron bajo el influjo de sustancias psicotrópicas, sumaron 34,526 a nivel federal. El estado de Baja California es el segundo estado con mayor número de detenciones de personas usuarias de drogas (después de Jalisco), con un total de 5,482 es decir el 15.9% del total nacional. De las y los usuarios detenidos, el 9.26 por ciento son mujeres y el 5.45 por ciento son menores de edad⁷².

⁷¹ Diálogo con El Águila, durante el trabajo de campo llevado a cabo el día miércoles 26 de agosto. Tijuana. El entrevistado, con el término "de barbas" se refiere a que no cometió ninguna falta que ameritase su detención; "basculearon" se denomina a la revisión corporal que realizan las y los agentes de policía.

⁷² SRE, Op. Cit.

En las cárceles, las y los usuarios corren mayores riesgos de contraer ITS y amenazas contra su salud física y mental⁷³. Cabe señalar, al respecto, que frecuentemente narran cómo hay acceso a drogas en los centros de detención y en las prisiones, pero las condiciones de consumo son todavía mucho más riesgosas que en la calle:

No hombre éramos como cuarenta cabrones en la celda (sic), y pos yo llegué 'malilla' de la 'carga'. Pero nomás de ver que todos los que se 'curaban' en la celda, con la misma 'erre', todos... No hombre me dio miedo y me cae que no me 'curé' en todo el tiempo... Hasta le sacaban filo a la punta de la aguja raspándola en el suelo...⁷⁴

El derecho a la libertad de tránsito es violado de manera continua, por los cuerpos de policía y por las fuerzas armadas, al impedir la libre circulación de las personas usuarias en las calles que se consideran zonas conflictivas. Los policías conocen pronto a las personas usuarias de drogas, y llegan a acosarlas y perseguirlas de manera sistemática en todas las calles de la ciudad. El "pretexto" más común para la detención es que la persona no porte un documento de identificación.

En ocasiones, las labores de "limpieza" realizadas por la policía municipal, en violación a las leyes y por supuesto a los derechos humanos, tienen eco en la prensa local o incluso nacional. Llama la atención, de manera particular, la noticia aparecida el 2 de septiembre de 2009 en los diarios *Frontera* y *El Universal*:

Un grupo de por lo menos 15 personas, entre las que se encuentran indigentes, ancianos y con capacidades diferentes, fueron encontrados a un costado de la carretera en la entrada a Tecate, frente a Rancho La Puerta.

La Policía Municipal informó que recibieron el aviso a las 7:45 horas de hoy, por lo que se aproximaron al área para verificar los hechos, encontrando en el lugar a personas en sillas de ruedas, muletas, a otros que les faltaban extremidades, así como indigentes.

Las personas al ser entrevistadas por la Policía manifestaron proceder de la ciudad de Tijuana y que fueron capturados en una redada policiaca que hubo durante la madrugada de este martes en la zona norte de Tijuana, por lo que los

⁷³ Alex Wodak, Op. Cit.

⁷⁴ Resultado del diálogo con El Roger, durante el trabajo de campo llevado a cabo el día lunes 24 de agosto. Tijuana.

subieron en una panel blanca con insignias de la Policía Municipal de aquella ciudad.

Indicaron que los trajeron con rumbo a la carretera y los bajaron en ese lugar, sin decirles nada, por lo que uno de ellos conoce Tecate y les pudo decir a los demás donde se encontraban, aunque unos cuatro indigentes habían decidido tomar el camino de regreso a pie.⁷⁵

Una práctica sistemática de violación al derecho a la libertad se ha dado a través del ingreso forzado a los centros de rehabilitación. Tanto las entrevistas estructuradas con personas adictas en recuperación, como los resultados de otras investigaciones⁷⁶, señalan que casi la tercera parte de las personas en recuperación ingresaron a los centros de manera involuntaria. Muchos centros tienen un servicio para que a solicitud de algún familiar directo (generalmente las y los hijos, la madre o el padre) mediante persuasión o uso de la fuerza física, se recoja a la persona usuaria de drogas en su domicilio. Esto ha fomentado evidentemente todo tipo de abusos, como el internamiento de personas que no son adictas, por decisión arbitraria de algún familiar.

Cuando me llevaron al centro de rehabilitación, en el 2000, mi 'jefa' me los echó y vinieron hasta el 'cantón' (la casa), les dijo que yo traía 'chaqueta de fuga'... De aquí me trasladaron al CREEAD de Cerro Azul⁷⁷ y de ahí hasta Guerrero Negro⁷⁸... Mi peor error fue decirles un día en la tribuna que me les iba a fugar... La mayoría salía a servicios a los 3 meses te dejaban salir a hacer servicio exterior y yo tenía 5 meses y no me dejaban salir...⁷⁹

Algunos centros de rehabilitación cuentan con servicio de traslado de internos, considerados "casos difíciles" o reincidentes, a otras ciudades de Baja California e incluso a otros estados, como en el caso aquí expuesto. Obviamente esta práctica se ejerce sin considerar la opinión del (la) usuario(a).

⁷⁵ Ramos, Germán, « Indigentes de Tijuana son 'tirados' en Tecate », *Frontera*, 2 de septiembre de 2009, Tijuana. Cabe señalar que dos de los indigentes recogidos en Tecate fueron reconocidos por una persona de nuestro equipo de trabajo como usuarios de drogas inyectadas de la zona norte de Tijuana.

⁷⁶ González Reyes, Pablo Jesús, *La adicción a las drogas ilegales en el estado de Baja California ¿integración o rechazo social?*, tesis para optar por el grado de Doctor en Ciencias Sociales Aplicadas, Tijuana, Colegio de la Frontera Norte, 2006, p. 179

⁷⁷ Centro de rehabilitación ubicado en la Ciudad de Tecate Baja California.

⁷⁸ Ciudad ubicada en el estado de Baja California Sur.

⁷⁹ Entrevista realizada a "El Rudy", consumidor de drogas, 30 de Julio de 2009. Al referirse a "chaqueta", el entrevistado señala los antecedentes de la persona, frases como: trae "chaqueta de ratero", asaltante, etc., son parte del lenguaje utilizado en las prisiones. En el caso específico del entrevistado, el antecedente o "chaqueta" resulta de los varios intentos de fuga, frustrados por la intervención de su madre ("jefa") para que lo agarraran y lo internaran en un centro de rehabilitación.

El llamado “servicio exterior” se refiere al trabajo que realizan las y los internos fuera del centro de rehabilitación y que les permite tener ingresos propios después de aportar una cuota o un porcentaje del salario al centro. Algunos centros promueven el trabajo de las y los internos en obras, maquilas, o incluso el “boteo”, es decir la solicitud de monedas con un bote y una credencial de identidad del centro, en los semáforos, en los cruces de avenidas o en la línea (la frontera).

6.3 Seguridad Jurídica y derecho a un juicio justo

El enorme poderío económico de los cárteles de las drogas y la competencia por los mercados, tienen sin duda un impacto en la corrupción del sistema criminal de justicia⁸⁰. El crecimiento continuo del mercado ilícito de las drogas y la clandestinidad del consumo llevan a un aumento de los niveles de criminalidad y delincuencia en muchos países, en particular a la encarcelación de una altísima proporción de personas usuarias de drogas. El encarcelamiento dificulta el tratamiento de la salud tanto física como psicológica de estas personas que constituyen, de por sí, una población muy vulnerable.

Al ser presentadas ante los (las) jueces las personas usuarias de drogas, aquéllos(as) deben tener en cuenta el diagnóstico médico sanitario, en particular el historial de dependencia de ciertas sustancias. Así, de acuerdo con el Artículo 69 del Código Penal de Baja California, la individualización de la pena debe basarse en las características particulares del(a) acusado(a), como la edad, la educación, las condiciones socioeconómicas y los motivos que la (lo) impulsaron a delinquir⁸¹. Sin embargo, el enorme rezago en los juzgados y la falta de exámenes periciales para conocer la personalidad del acusado impiden en los hechos la individualización de la pena.

El estudio antes citado, de Pablo Jesús González Reyes, indica también que el sistema judicial penal mexicano establece la inimputabilidad de la persona adicta en relación con la comisión de cierto tipo de delitos y las medidas de

⁸⁰ Wodak, Alex, Op. Cit., p. 32

⁸¹ González Reyes, Pablo Jesús, Op. Cit., p. 190

seguridad. De acuerdo con el Código Penal, la inimputabilidad es una excluyente de responsabilidad en función de la alteración del juicio de realidad, debido a trastornos mentales temporales o permanentes⁸². En el caso de las personas adictas o bajo efectos de ciertas drogas, si bien son sujetas a sanción ésta no debe ir en menoscabo del tratamiento que requieran para su deshabitación a las drogas.

Las medidas de seguridad son las que establecen la necesidad de incluir atención terapéutica y supervisión clínica para asegurar la deshabitación y rehabilitación de las personas adictas. Sin embargo, aun en los casos en que éstas son sujetas a tratamiento por medio de la sentencia, no existe ningún seguimiento de la misma, ni existen condiciones en las cárceles para asegurar la atención médica a personas adictas⁸³.

Otro problema grave relacionado con la seguridad jurídica de las y los usuarios de drogas es la reincidencia, que implica en los hechos una punición adicional por delitos anteriores. En el caso de las personas adictas, es común el paso por los tribunales y por las cárceles en repetidas ocasiones, con penas que van aumentando y tienen por resultado una profundización de la exclusión social a través de la pena ampliada de prisión.⁸⁴

Rudy, narra así las condiciones de consumo de drogas en los centros de reclusión:

La primera vez estuve nomás un mes, salí y estaba yendo a firmar, me declararon culpable pero nomás tenía que pagar una multa de seiscientos cuarenta pesos. Dejé de firmar y no tenía para pagar la multa y me giraron orden de reaprehensión a causa de eso, supuestamente por ser orden de reaprehensión ya no eran seiscientos cuarenta, se dobla, son mil doscientos y por esos mil doscientos me "mamé" (sic) cuatro meses compa... Son "mamadas" (sic) compa que por una madre de feria te avientes cuatro meses...

- ¿Cuántos por celda?

⁸² Fresán, Ana et al., " Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia", *Salud Mental*, Vol 25 N° 5, México D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, pp. 72-78

⁸³ González Reyes, Pablo Jesús, Op. Cit., p. 192-194

⁸⁴ González Reyes, Pablo Jesús, Op. Cit. P. 105

- Cuando ya estaba por salir, éramos 31... esta vez cuando entré eran 29, conmigo pero a los días metieron más, total que al último eramos 31... Tienes que dormir donde te acomodan, en el suelo y de ladrillito, nada de que boca arriba o boca abajo... Al bato que yo le hacía la talacha me decía; ¿Qué ondas quieres que te deje unas gotas de chiva?
- La primera vez que me dijo, le dije: No güey, mejor este güey quema un chingo de mota, dile que me invite un baiza de mota, la neta mi fuerte es la mota... Y siempre se quemaban el toque entre ellos y siempre, ¡Eh, eh! la chora es para este bato. Era una putadita, con un matachoritas de papel, para el tercer jalón que le dí ya se desmoronó todo, se fue... Nomás dos veces fumé mota en los cuatro meses que estuve esta vez... ¿Qué si hay loquera (droga)? De toda, pero bien cara y bien cacique...⁸⁵

El testimonio de Rudy muestra las condiciones infrahumanas en las cárceles, provocadas principalmente por el hacinamiento. Como lo afirma en esta entrevista, la droga abunda en la cárcel tanto como en la calle. Sin embargo, allí es más grave aún la falta de higiene en el consumo y se agudizan la confrontación y la violencia por el mercado.

Son muy frecuentes las violaciones a los derechos humanos de las personas usuarias de drogas, de manera particular el derecho a la salud, a la libertad y a la seguridad jurídica. Resultan también vulnerados otros derechos reconocidos por los tratados internacionales firmados por el Estado Mexicano, como es el derecho a la información.

Las personas usuarias tienen derecho a ser informadas por las autoridades de una manera objetiva, sobre los factores de riesgo en el consumo de drogas. Sin embargo, en la práctica están casi siempre privadas de información realista para reducir los daños si desean continuar consumiendo⁸⁶. Como lo vimos anteriormente, las campañas contra las drogas, sobre todo las que promueve la iniciativa privada, suelen presentar información distorsionada. Se pretende desanimar a nuevos(as) consumidores(as) asustando y exagerando las consecuencias sobre la salud.

⁸⁵ Entrevista realizada a "El Rudy", consumidor de drogas, 30 de Julio de 2009.

⁸⁶ Wodak, Alex "Health, HIV Infection, Human Rights, and injecting Drug Use", *Health and Human Rights*, Vol.2 N°4, Harvard School of Public Health, 2000, pp.24-41

Las condiciones de vivienda, trabajo y consumo a la que se ven orilladas la mayoría de las personas usuarias de drogas, que se observaron en el trabajo de campo realizado para esta investigación, demuestran también la violación sistemática del derecho a una vida digna. La persecución, marginalización y segregación de la población usuaria, la falta de atención médica, de asistencia social y de servicios básicos, la convierten en un sector social particularmente vulnerable a los abusos y violaciones a sus derechos humanos.

7. POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LAS PERSONAS USUARIAS DE DROGAS Y SUS FAMILIARES

7.1 Cobertura

En México, la atención a las personas dependientes de las drogas y a sus familiares se da en las siguientes modalidades:

- a) Internamiento en los Centros de Rehabilitación,
- b) Apoyo ambulatorio en los grupos de autoayuda tales como Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA), Familiares de Narcóticos Anónimos, y familiares de Alcohólicos Anónimos (Al-Anon)
- c) Internamiento en los institutos, clínicas y hospitales de psiquiatría, cuando los y las usuarios de drogas han sido afectados en sus capacidades mentales por el consumo de ciertas sustancias,
- d) Educación en las campañas públicas de prevención, capacitación y concientización que brindan instituciones como el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), los consejos estatales y municipales contra las adicciones, o bien las diversas instituciones de educación pública, de seguridad y de asistencia social, y de salud pública.

7.1.1 Antecedentes

Los primeros centros creados en Tijuana para atender a las personas adictas a las drogas fueron los Centros de Integración Juvenil. Éstos se fundaron en 1969, con el objetivo de atender el consumo de drogas entre las y los jóvenes, que en aquel entonces era apenas un incipiente problema de salud pública. Los CIJ cuentan así con una experiencia de 40 años y las actividades que realizan están encaminadas a la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación científica sobre el consumo de drogas en México. Con el transcurso de los años, la institución ha ampliado su estructura, programas y servicios.

Los grupos de autoayuda de personas alcohólicas y adictas a las drogas se empezaron a formar en México desde la década de 1960. Su antecedente se encuentra en Estados Unidos, donde se creó, en 1935, la primera de esas asociaciones. La primera reunión de Narcóticos Anónimos (NA) se realizó en Lexington, Kentucky, en 1947, como parte de un programa hospitalario de salud pública del gobierno federal de los Estados Unidos. Un grupo independiente y con base comunitaria, usando los principios de Lexington, que fue formado en Los Ángeles en 1953, se convirtió en la raíz del actual Narcóticos Anónimos⁸⁷. En México y en muchos países del mundo, la base de la mayoría de los programas de autoayuda es el llamado Método de los Doce Pasos (Ver Anexo I).

A partir de la década de 1980, las adicciones a las drogas empezaron a presentarse en México como un problema grave de salud pública. Debido a que durante esa década se dio también una de las crisis económicas más agudas que haya vivido el país, fue muy débil la capacidad de respuesta del Estado a este problema emergente. En Tijuana, B.C., como en otras ciudades del país, la sociedad civil intervino con la formación de los primeros centros de rehabilitación de alcohólicos y drogadictos, como el Centro de Recuperación y Rehabilitación para Enfermos de Alcoholismo y Drogadicción, Asociación Civil (CRREAD, A.C.). También se crearon centros de carácter religioso enlazados a redes internacionales de atención a personas con problemas de adicciones, como es el caso de Alcance Victoria, Adulam, El Alfarero, entre otros.⁸⁸

A partir de entonces, la atención para la rehabilitación y la reinserción social de las personas adictas a las drogas ha estado a cargo fundamentalmente de asociaciones civiles y de iglesias cristianas. No fue sino hasta julio de 2008 cuando la presidencia municipal de Tijuana, a través de la Dirección Municipal contra las Adicciones, inauguró su propio centro de rehabilitación, la

⁸⁷ Narcóticos Anónimos, Región México, www.namexico.org.mx, consultado el día 29 de junio de 2009

⁸⁸ González Reyes, Pablo Jesús, *La adicción a las drogas ilegales en el estado de Baja California ¿integración o rechazo social?*, tesis para optar por el grado de Doctor en Ciencias Sociales Aplicadas, Tijuana, Colegio de la Frontera Norte, 2006, pp. 244

Comunidad Terapéutica de Rehabilitación y Reinserción Social de Adictos (COTRRSA).

7.1.2 Instituciones públicas de rehabilitación y reinserción social

Los Centros de Integración Juvenil, A.C., son instituciones de asistencia social especializada en la atención integral de la farmacodependencia. Son organismos de participación estatal mayoritaria, que desde septiembre de 1982 tienen como cabeza de sector a la Secretaría de Salud, y están sujetos a la normatividad que emite el gobierno federal para las entidades paraestatales. El programa curativo de CIJ brinda atención a las personas usuarias y adictas a las drogas mediante consultas externas y en algunos casos, hospitalización. El tratamiento es realizado por profesionales en adicciones, como médicos generales, psiquiatras, psicólogos(as) y trabajadores(as) sociales.

Los objetivos principales del tratamiento son la reducción o eliminación del uso de drogas, identificación de otros trastornos físicos y mentales, localización y tratamiento de las relaciones familiares que propicien la adicción y reintegración del (la) usuario(a) a la vida productiva. En Baja California se localizan cinco centros, cuatro en Tijuana y uno en la capital del estado, Mexicali. Los centros de Tijuana son: el CIJ Tijuana-Guaycura, el CIJ Tijuana-Soler, la Unidad de Internamiento Tijuana y la Clínica para Atención a Heroinómanos en el Fraccionamiento Las Palmas, Tijuana.

La Dirección Municipal Contra las Adicciones (DIMCA) es el primer proyecto a nivel nacional de carácter municipal que opera y atiende en forma gratuita, anónima, preventiva y correctiva el problema de las adicciones. Su objetivo es “promover y consolidar la difusión, prevención, detección oportuna y tratamiento de las adicciones al alcohol/drogas a toda la comunidad en general, así como brindar espacios al enfermo(a) adicto(a) donde adquiera un modelo de vida, a través de la herramienta terapéutica en base al modelo social de ayuda mutua de los doce pasos”⁸⁹. Debido a su escaso presupuesto,

⁸⁹ Dirección Municipal Contra las Adicciones, “Programa de prevención, detección y tratamiento de las adicciones en el municipio”, Tijuana, 2009

el DIMCA se ha concentrado fundamentalmente en servicios de prevención ofreciendo cursos sobre adicciones en escuelas primarias, secundarias preparatorias y universidades, en empresas de distintos ramos y a organizaciones civiles. Organiza eventos culturales de prevención y divulgación y coordina grupos especiales relacionados con las adicciones.

El 14 de noviembre de 2008, el DIMCA inauguró la Comunidad Terapéutica de Rehabilitación y Reinserción Social (COTRRSA) en Tijuana con una capacidad para atender a más de 300 adictos(as), aunque por el momento sólo atiende a 50 por falta de recursos. La COTRRSA está ubicada en las antiguas instalaciones de Instituto de Capacitación y Adiestramiento Policial que fueron rehabilitadas para atender a las personas adictas que son remitidas a la Estancia Municipal de Infractores. En este lugar éstas cuentan con terapias psicológicas grupales e individuales⁹⁰ así como un área para comedor y dormitorios durante 6 meses que es lo que dura el tratamiento integral para su rehabilitación⁹¹.

7.1.3 Asociaciones civiles de carácter laico

Por otro lado, existen en el municipio más de ciento cincuenta centros de rehabilitación para personas adictas a las drogas y al alcohol⁹². Se trata de asociaciones civiles que se sostienen principalmente con aportaciones de familiares de las personas adictas, además de recibir donaciones de fundaciones, de algunas instituciones, y de miembros de la comunidad. Algunos de estos centros se sostienen también con el trabajo de las personas internas: ya sea a través de talleres en los que fabrican distintos bienes o brindan servicios a la comunidad, mediante campañas de boteo (solicitud de

⁹⁰ El DIMCA no pudo precisar el tipo de terapias grupales e individuales que brindan a las y los internos(as).

⁹¹ Periódico *Frontera*, Tijuana, 15 de noviembre de 2008

⁹² En el Anexo II, se presenta una lista de asociaciones civiles dedicadas a la atención de personas adictas a las drogas y/o al alcohol. Esta lista fue proporcionada por el Municipio de Tijuana. No se pudo obtener el número de personas atendidas en cada centro debido a que éste varía continuamente. Cabe señalar que muchos centros duran muy poco tiempo y continuamente, se abren nuevos centros de rehabilitación en Tijuana, de tal manera que esta lista es relativamente inexacta.

aportaciones voluntarias en las esquinas, en los semáforos o en la línea para cruzar la aduana hacia los Estados Unidos).

Finalmente existen centros de rehabilitación llamados “de medio camino”, en los cuales las personas internas trabajan jornadas completas en las maquiladoras, en obras de construcción u otras empresas y regresan en la tarde. En estos casos, las y los directivos del centro fungen también como intermediarios(as) para conseguir empleo a sus internos(as) y les cobran una parte de su salario para mantener el centro. Explica por ejemplo Jesús, director de un centro de medio camino con 33 internos:

Yo me dedico a eso (a conseguirles trabajo a los internos). Ahorita tenía tres que andaban buscando trabajo y ahorita justo conseguí tres trabajos en un lugar donde lavan sábanas y todo eso para los hoteles. Ahorita fui, les arreglé el trabajo, hablé con los de allí. Trabajan un mes para la casa y luego ya después se quedan con su trabajo. Mitad para el centro y mitad para ellos y después del mes ya sólo aportan los 200 (a la semana) para la renta. Siempre uno tiene que andar atrás de ellos porque siempre estuvieron atrás de mí.⁹³

De manera eventual algunos centros reciben apoyo económico del gobierno, producto más bien de las habilidades y destrezas políticas de los directivos, al realizar las gestiones directamente ante las autoridades. Así, en años recientes, se han aprobado partidas presupuestales de gobierno para apoyar económicamente a organismos no gubernamentales que presenten proyectos bien fundamentados en el área de desarrollo social, situación que han aprovechado algunos centros de rehabilitación para ampliar la captación de recursos económicos adicionales a los propios.

El gobierno mexicano ejerce la vigilancia de la forma en que funcionan los centros de rehabilitación de las personas alcohólicas y adictas a las drogas, por medio de la aplicación de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 (NOM), misma que establece la normatividad en materia de prevención, tratamiento y control de adicciones. Por lo tanto, para que un centro de

⁹³ Entrevista con Jesús, director de un centro de rehabilitación, Tijuana, 5 de junio de 2009

rehabilitación obtenga permiso para funcionar como tal, debe de contar con la aprobación de las autoridades de salud⁹⁴.

De acuerdo con la NOM, existen cuatro modelos de atención:

1. El modelo profesional ofrece diferentes servicios de atención, a través de consulta externa, urgencias y hospitalización, y está manejado por profesionales de la salud.
2. El modelo de ayuda mutua es ofrecido por agrupaciones de adictos(as) en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto en la resolución de su problema. Los programas de ayuda mutua más comúnmente utilizados tienen su fundamento en los llamados "Doce Pasos de A. A.", que utilizan diferentes agrupaciones. Con este modelo se trata de incidir, tanto en la conducta como en los problemas existenciales y emocionales del adicto. Subyace la idea de pertenecer a un grupo y practicar los "Doce Pasos", se caracteriza por no ofrecer servicios profesionales de atención.
3. El modelo mixto deberá ofrecer servicios profesionales de tratamiento y de ayuda mutua en diversos establecimientos, tales como: clínicas, comunidades terapéuticas y casas de medio camino.
4. Otros modelos alternativos son aquellos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica de la o el usuario⁹⁵.

Si bien la NOM representa un marco legal al que deben de ceñirse los centros de rehabilitación durante su funcionamiento, en la práctica se observan frecuentes incumplimientos que contrastan totalmente con las disposiciones que establecen las normas jurídicas. Esta circunstancia conduce a que se presente una diversificación en los niveles de organización y funcionamiento de los centros, con su correspondiente mayor o menor calidad en el servicio que proporcionan a la población que atienden.

Sin embargo, la incapacidad del gobierno mexicano para asumir la plena responsabilidad social en la rehabilitación de adictos(as) a las drogas o al alcohol, le resta autoridad moral para la aplicación estricta de la ley, cayendo en incongruencias como la aplicación selectiva de las normas jurídicas y la

⁹⁴ Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html> consultado el día 25 de junio de 2009. González Reyes, Pablo Jesús, *La adicción a las drogas ilegales en el estado de Baja California ¿integración o rechazo social?*, tesis para optar por el grado de Doctor en Ciencias Sociales Aplicadas, Tijuana, Colegio de la Frontera Norte, 2006, pp. 244

⁹⁵ Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html> consultado el día 25 de junio de 2009

tolerancia en su incumplimiento, según corresponda a los intereses políticos de las autoridades públicas⁹⁶.

El tipo y calidad del servicio que los centros de rehabilitación ofrecen a las personas internas depende en buena medida de los recursos financieros de que dispongan. Por ejemplo, en el caso de la clínica “Nuevo Ser”, la institución dispone de recursos suficientes como para promover diversas terapias alternativas que incluyen incluso la convivencia de las personas internas con animales, el cultivo de plantas y servicios médicos de alta calidad⁹⁷. En contraste, uno de los centros visitados como parte del trabajo de campo no tiene apoyo de personal médico y dispone únicamente de una pequeña casa rentada con un notable hacinamiento de los internos (se trata de un centro para varones).

De igual forma, existe una importante diferenciación en los métodos de tratamiento utilizados en los centros: mientras que algunos cuentan con servicios profesionales de médicos, psicólogos(as), trabajadores(as) sociales y enfermeros(as), la gran mayoría funciona exclusivamente con el servicio de los y las adictos en recuperación. En los primeros, además de las terapias grupales y grupos de apoyo a familiares, se da una medicación específica; por ejemplo, para usuarios de heroína, se realizan programas de mantenimiento y deshabituación con metadona que ayuda a la desintoxicación al ser menos adictiva⁹⁸. La mayoría de los centros de rehabilitación se basan casi exclusivamente en los grupos de ayuda mutua y en los llamados “doce pasos” (ver anexo I).

La mayor parte de las personas internas duran poco tiempo en los centros, dado que en promedio, se tiene un periodo de estancia de casi dos meses, aunque el tiempo del tratamiento es generalmente de tres meses. Es decir, existe una tendencia entre las personas internas al abandono voluntario del centro antes de que concluya el periodo completo de su tratamiento. En los

⁹⁶ González Reyes, Pablo Jesús, *Op. Cit.*

⁹⁷ Clínica Nuevo Ser, www.clinicanuevoser.com.mx, consultado el 25 de junio de 2009

⁹⁸ Información de la clínica de atención a usuarios de heroína del Centro de Integración Juvenil, Tijuana, Baja California: www.cij.gob.mx, consultado el 16 de junio de 2009

hechos, esto significa que las y los usuarios de drogas suelen regresar a los centros de rehabilitación, o pasar por varios centros, a raíz de diversas recaídas. Las posibilidades de recuperación siendo muy escasas (aproximadamente del 15 por ciento de las personas adictas, de acuerdo con testimonios de directores(as) y familiares) la vida de los y las usuarios transcurre en gran medida en los centros, y muchos(as) de quienes logran dejar las drogas se dedican, a la vez, a trabajar de manera voluntaria o asalariada en los centros de recuperación, o bien en las iglesias que administran dichos centros. Cuenta así Jesús, ex adicto a la heroína:

Yo llegué a los centros de integración juvenil en 1978 y no estuve limpio hasta el 2000. Vivía mi pura vida loca. No le puedo echar la culpa a los centros pero ahí me fue peor, porque conocí más. Conocí drogas que no había consumido. En la televisión no te decían nunca nada de las drogas. No es como ahora que la quieren legalizar.⁹⁹

Las fuentes de ingreso de los centros provienen principalmente de tres medios: 1) de las aportaciones que realizan las personas internas autorizadas para trabajar fuera de los centros, labor que se paga en especie y/o pago monetario directo al centro; 2) los donativos que obtienen los centros de parte de la ciudadanía en general; y 3) las cuotas y/o ayuda voluntaria de parte de las y los familiares de internos(as).

Cabe resaltar el hecho de que el apoyo del gobierno para financiamiento de centros es muy limitado y selectivo, sobre todo para obras de infraestructura o adquisición de equipo (principalmente equipo de cómputo y vehículos automotores) mediante concursos en convocatorias en el área de desarrollo social de los municipios, del gobierno estatal y federal.

7.1.4 Centros de rehabilitación de carácter religioso

Aproximadamente la mitad de los centros de rehabilitación son de carácter religioso, gestionados por iglesias cristianas. El método de estos centros, si bien se basa también en los doce pasos, se centra en el fortalecimiento

⁹⁹ Entrevista con Jesús, director de un centro de rehabilitación, Tijuana, 5 de junio de 2009

espiritual de las personas adictas. En particular, recurren a la oración, al largo testimonio, repetido en distintas ocasiones a lo largo del proceso, a la idea de renacimiento o renovación¹⁰⁰.

La iglesia católica ha puesto mucho menos énfasis que las iglesias evangélicas en el proceso de rehabilitación de los usuarios de drogas. Existen sin embargo algunos sacerdotes y ciertas parroquias que dan un apoyo externo a los centros de rehabilitación “laicos”, generalmente a través de pláticas de catecismo y retiros espirituales. Por ejemplo, el Padre Jaime se ha dedicado desde hace seis años a la asesoría de las asociaciones dedicadas a la rehabilitación. Da regularmente pláticas en los Centros para los y las adictos(as) y sus familiares y organiza retiros. En entrevista, nos explica el escaso involucramiento de la iglesia católica en la rehabilitación y el apoyo a los familiares de los y las adictos(as):

Yo siento que los grupos nuevos, los que tienen 40 o 50 años como grupos cristianos, tienen más interés (en el problema del usuario de drogas) porque ellos no tenían obras sociales y yo siento que la adicción es el problema del momento. Antiguamente era tal vez la pobreza, era el niño huérfano (sic) o el anciano abandonado (sic), pero este problema de las adicciones, de unos veinte años para acá, se ha agrandado mucho más.

La iglesia católica tenía instituciones, tenía casas para niños huérfanos (sic), para ancianos (sic), pero actualmente no tiene personal para trabajar con los adictos (sic). La iglesia católica es la más antigua entre las iglesias cristianas y hay personas que le dan mucha importancia a la tradición, simplemente venir transmitiendo algunas devociones, o algunas prácticas religiosas. Yo siento que la iglesia católica teóricamente tiene interés, pero debido a los problemas internos, hay gente muy comprometida pero no es general.

Yo cuando llegué a Tijuana en la diócesis no había un grupo que se encargara de esto (de dar atención a los usuarios de drogas). Hay un grupo que platicaba con los familiares y eso, pero los sacerdotes no sabían lo que era el problema de las adicciones al alcohol y a las drogas, lo trataban como un problema moral, simplemente. El mismo adicto o alcohólico (sic) que pertenece a una religión a veces ve su problema como un problema moral. Va a la iglesia, a su religión, para hacerse perdonar por lo que ha hecho. Pero no entendemos el problema de la adicción como una enfermedad entonces lo tratamos como un problema de valores, desde el punto de vista moral.¹⁰¹

¹⁰⁰ Warner, R. Stephen and Wittner, Judith G., *Gatherings in Diaspora. Religious Communities and the New Immigration*, Philadelphia, Temple University Press, 1998, pp.395

¹⁰¹ Entrevista con el padre Jaime, asesor de dos centros de rehabilitación en Tijuana, organizador de grupos de familiares de adictos(as), Tijuana, 1º de julio de 2009

Los centros religiosos se encuentran generalmente a cargo de un pastor, auxiliado de manera frecuente por un(a) subdirector(a), al igual que de un conjunto de internos(as) de confianza que desempeñan labores administrativas. En casi la mitad de los centros se recurre también a la colaboración de personas voluntarias que cumplen con las funciones de vigilancia del centro.

De acuerdo con una encuesta aplicada por la Universidad Autónoma de Baja California en el año 2000 en centros de rehabilitación de todo el estado y coordinada por Pablo Jesús González Reyes¹⁰², el 84% de las y los adictos de los centros no religiosos son varones, porcentaje que disminuye significativamente a 68% en los centros religiosos. Es decir, en estos últimos, se ubica un porcentaje mayor de mujeres, que es de 32% del total de adictos. El 62 % de adictos (as) de centros no religiosos es de religión católica, en los centros religiosos, el 43% es evangelista.

En ese estudio, se encontró también que la población de adictos(as) de los centros no religiosos permanece internada por más tiempo que en los centros religiosos. En efecto, el 54% de adictos(as) de los centros laicos tenían de uno a cuatro meses de internamiento al momento de la encuesta, comparado con el 35% de las y los adictos de los centros religiosos, y con el 30% de los que en estos últimos tenían menos de un mes¹⁰³.

7.1.5 Grupos de autoayuda

Una de las asociaciones que mayor éxito ha tenido en la rehabilitación de las adicciones es la de Narcóticos Anónimos (NA). Narcóticos Anónimos es una asociación internacional formada por adictas(os) en recuperación que ofrece desde hace ya más de sesenta años apoyo a cualquier persona que quiera verse libre de las drogas. Colabora con organizaciones profesionales y

¹⁰² González Reyes, Pablo Jesús, Diagnóstico situacional de los organismos de rehabilitación de adictos a las drogas en Baja California, Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad Autónoma de Baja California, Mexicali, Baja California, 2000

¹⁰³ González Reyes, Pablo Jesús, *Op. Cit.*

comunitarias con objetivos similares, por ejemplo, con los Centros de Rehabilitación, ya sean laicos o religiosos.

Narcóticos Anónimos está organizado localmente en forma de grupos autogestionados y autofinanciados, que siguen un conjunto de principios comunes, adaptados de los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos (ver Anexo I). Los grupos locales de NA se coordinan a nivel mundial a través de la asamblea de representantes internacionales de NA, llamada WSC (Conferencia Mundial de Servicios) y su oficina, la WSO (Oficina Mundial de Servicios) con su matriz en Los Ángeles, California.

Existe una variedad de formas de reuniones de Narcóticos Anónimos, algunas de ellas dentro de los mismos centros de rehabilitación, y otras en grupos organizados. Hay al menos quince grupos permanentes en el municipio de Tijuana¹⁰⁴. Algunos grupos locales son grandes (más de 100 personas); otros son muy pequeños (con 5 o menos personas). Algunas reuniones son específicas para hombres o mujeres, otras para hombres y mujeres homosexuales, otras tienen su propio enfoque especial, intentando ofrecer una identificación de más para aquellos que buscan un punto de referencia en Narcóticos Anónimos.

En las reuniones, un miembro es generalmente invitado a compartir su experiencia sobre un paso concreto o compartir sobre un tema específico, también se dan reuniones de recién llegados y lecturas de literatura de NA, cada grupo puede decidir sus formatos y proponer nuevos.

En el proceso terapéutico, resultan de fundamental importancia los grupos de autoayuda de familiares. En efecto, todos los estudios sobre las adicciones señalan que el uso de sustancias psicoactivas por parte de uno de los miembros de la familia, suele afectar la salud mental de la familia. Las y los investigadores y terapeutas mencionan, de manera particular, la necesidad de tratar la codependencia de familiares. La codependencia implica generalmente

¹⁰⁴ Narcóticos Anónimos, Baja California Norte, <http://www.namexico.org.mx/bcalifornia.htm>, consultado el día 23 de junio de 2009

una imposibilidad de establecer relaciones interpersonales, sobre-involucramiento, búsqueda de parejas conflictivas que tienen conductas compulsivas u otro tipo de desorden del comportamiento¹⁰⁵.

La presencia de una persona adicta al alcohol o a las drogas en la familia, es vivida generalmente como un fracaso en el cumplimiento de las expectativas sociales relacionadas principalmente con los roles familiares y de género. Por ello, es común que los integrantes del grupo familiar experimenten sentimientos de vergüenza, culpa y temor que con frecuencia los pueden llevar a ocultar la problemática existente, en un intento por solucionarla dentro de la familia. El desconocimiento de lo referente a los servicios de atención, la poca disponibilidad y accesibilidad de los centros de tratamiento y la falta de opciones de intervención que permitan cubrir las necesidades específicas de las y los solicitantes, constituyen otras barreras para buscar ayuda¹⁰⁶.

Algunos centros de rehabilitación en Tijuana organizan reuniones de familiares. El señor Marcos¹⁰⁷ señala la escasa asistencia a los grupos de autoayuda de familiares, en particular de los varones. Informa que el grupo de autoayuda para familiares no reunía en ocasiones a más de 8 personas, fundamentalmente madres de familia, aunque al inicio llegó a reunir a más de 40;

La familia es muy cerrada. Nadie se quiere comprometer a estar en un programa y muchas veces estamos más enfermos nosotros. No lo tomamos como una enfermedad, no una gripe. No quieren dar la cara. El varón, es muy baja la asistencia en los programas y es el que se queda más callado. Es muy difícil que vaya al programa y es necesario que vaya toda la familia para la recuperación del adicto (sic).¹⁰⁸

¹⁰⁵ Pérez Gómez, Augusto y Delgado Delgado, Diana, "La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento" *Psicothema*, Bogotá 2003, Vol. 15, nº 3, pp. 381-387

¹⁰⁶ Tiburcio Sainz, Marcela, Natera Rey, Guillermina, "Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto.", en *Salud Mental*, Vol 25, Nº5, México, Octubre de 2003, pp.33-42

¹⁰⁷ Entrevista con el señor Marcos, padre de un joven adicto en recuperación y excoordinador de un grupo de familiares en CIRAD, A.C. Éste es uno de los centros de rehabilitación más importantes de Tijuana, con más de 150 adictas(os) en recuperación.

¹⁰⁸ Entrevista con el señor Marcos, padre de un joven adicto en recuperación, Tijuana, 30 de junio de 2009

En efecto, como lo explica también otra entrevistada¹⁰⁹, muchos(as) familiares suelen eludir la participación en los grupos de autoayuda o los abandonan al poco tiempo. Al respecto, las y los familiares mencionan que cuando logran internar a la persona adicta, sienten un gran alivio. No son conscientes de que la problemática no se resuelve automáticamente con el “encierro” en el centro de rehabilitación. Por otro lado, se mencionan un conjunto de problemas socioeconómicos, como la necesidad de trabajar, de atender a otras(os) hijas(os) en el hogar, la dificultad para financiar la estancia de la persona adicta en el centro y los desplazamientos, etcétera.

Yo me curé primero para poder ayudarlo a él. Si uno ve que el hijo tiene temperatura, pues busca medicina para bajarle la temperatura. Pero si uno tiene un hijo adicto no sabe, no conoce la enfermedad. La impotencia... llega una impotencia tremenda. El desconocimiento: estoy en el mar y no puedo nadar.¹¹⁰

El testimonio del Sr. Marcos muestra los sentimientos de desconcierto e impotencia de la familia con una persona adicta. Estos sentimientos llevan a una sensación de fracaso. La falta de apoyo o incluso las actitudes de estigmatización y discriminación de la familia extensa, del lugar de empleo, vecinos(as) y de la sociedad en general, pueden exacerbar la angustia de familiares y provocar fuertes depresiones, en particular en la madre y el padre o el (la) cónyuge de la persona adicta.

7.1.6 Institutos, clínicas y hospitales psiquiátricos

De acuerdo con la normatividad relativa a los centros de rehabilitación, cuando el consumo de drogas lleva al(a) paciente a presentar trastornos psicóticos, debe remitirse al hospital psiquiátrico. Cabe señalar, sin embargo, que la falta de personal médico en la mayoría de los centros de rehabilitación, vuelve casi imposible la aplicación de la norma. Para empezar, se hace difícil el diagnóstico, por otro lado, la cobertura en materia de internamiento psiquiátrico es muy limitada en Tijuana, donde existe únicamente el Hospital Psiquiátrico Municipal Tijuana, B.C. Los directores evitan admitir a pacientes con síntomas

¹⁰⁹ Entrevista con la Sra. Elena, madre de un joven adicto en recuperación, 19 de junio de 2009

¹¹⁰ Entrevista con el señor Marcos, padre de un joven adicto en recuperación, Tijuana, 30 de junio de 2009

claros de trastornos psicóticos, sobre todo debido a los problemas que pueden acarrear en la relación con otros pacientes.

Uno de los problemas repetidamente mencionados por familiares de adictas(os) y directivos(as) de los centros, es el daño causado por las nuevas drogas sintéticas que son actualmente las más consumidas en las calles de Tijuana, en particular el cristal:

El cristal te lleva a perder tus facultades mentales. Yo cuando llegan ya mal de sus facultades mentales los mando al Inca (Hospital Psiquiátrico de Tijuana), al gobierno, porque ellos abrieron un centro. Porque allí hay psicólogos, hay psiquiatras. A ellos les dan medicamento controlado, no se pueden recuperar. Nomás tengo a uno que es consentido de nosotros. Cuando sea se le bota el cable. Pero ése lo conozco desde niño, sabe todos mis apodos de la calle. Me lo llevo a trabajar, lo saco. A sus papás les dice que son sus abuelos. Sí quedó mal, ese es el problema de acá. De la heroína te metes de más y te doblas, te mueres. Pero con esta droga quedas mal. Cuando están mal los tienes que mandar allí con el gobierno.¹¹¹

7.1.7 Políticas de prevención de las adicciones y políticas contra la discriminación a usuarios(as) de drogas

En coordinación con los Centros de Integración Juvenil, la Dirección Municipal contra las Adicciones de Tijuana (DIMCA) lleva a cabo un programa de información a las y los niños(as) y las y los jóvenes de cuarto, quinto y sexto de primaria, así como a jóvenes de secundaria y preparatoria. Asimismo, el DIMCA capacita a voluntarios quienes a la vez organizan círculos de lectura con el libro *Cómo proteger a tus hijos de las drogas*.

Personal de DIMCA especializado en adicciones lleva también conferencias sobre adicciones a las empresas y escuelas que lo solicitan, o asiste a jornadas asistenciales que organiza el Ayuntamiento de Tijuana en las colonias de bajos recursos donde se ofrece atención, asesoramiento y canalización de

¹¹¹ Entrevista con Jesús, director de un centro de rehabilitación, Tijuana, 5 de junio de 2009

enfermos(as) adictos(as) al centro de rehabilitación manejado por el propio DIMCA o a otros centros certificados por el gobierno del Estado¹¹².

El Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) tiene acciones de prevención a nivel nacional. En su programa de acción contempla:

- _ Desarrollar y promover contenidos educativos en textos de educación básica y media para el fortalecimiento de estilos de vida saludables.
- _ Difundir a través de los medios de comunicación masiva, mensajes dirigidos a los grupos de mayor vulnerabilidad, principalmente jóvenes, que fomenten la responsabilidad en el consumo de bebidas alcohólicas.
- _ Elaborar material educativo para poblaciones residentes en áreas rurales y comunidades indígenas, considerando el enfoque de género¹¹³.

Las campañas de prevención no contemplan, sin embargo, la concientización sobre la situación de los usuarios(as) de drogas y sus derechos humanos. En este sentido, son inexistentes las políticas para prevenir la discriminación contra las y los usuarios de drogas.

7.2 Pertinencia y oportunidad de las políticas públicas

7.2.1 Pertinencia y oportunidad de la atención terapéutica

La enorme cantidad de centros de rehabilitación que hay en Baja California, y de manera particular en Tijuana, refleja dos problemáticas distintas: por un lado el crecimiento de la población consumidora de drogas y por el otro lado, los intereses económicos de sectores empresariales que detectaron un nicho de oportunidad en esa creciente población. Los centros de rehabilitación consisten en negocios muchas veces muy lucrativos.

Los centros de rehabilitación para mí me han decepcionado un poco porque como vieron que hay lana ya se comercializaron. Sin excepción. Como vieron que hay lana ahí, se están inclinando más a la imagen: una imagen más bonita, el diseño del logo, los colores del centro... Los directivos son adictos en recuperación con sus esclavas y sus joyas. Se ponen perfumes caros, como que ya no quieren oler a drogas. Y sus esclavas, no como tipo narco, y su chamarra de piel no puede faltar... Yo no digo que si pueden tener no lo tengan, pero es casi un patrón de ellos. Y los programas ya son más blanditos. Yo no digo que

¹¹² Dirección Municipal contra las Adicciones, "Programa de prevención, detección y tratamiento de las adicciones en el municipio", Tijuana, 2009

¹¹³ CONADIC, "Programa de acción", México D.F., 2001

los golpeen y eso. Pero bueno, la verdad es que sí hay golpes, porque cuando están con abstinencia y eso... Yo en general mi evaluación de los centros de rehabilitación es que se están fijando más en la imagen y menos en el programa.¹¹⁴

En virtud de la falta de recursos públicos para atender los procesos de rehabilitación, el gobierno se ha limitado generalmente a dejar a las fuerzas del mercado la oferta y demanda de servicios de atención a los y las adictos(as) a las drogas, reservándose el Estado la iniciativa de apoyar en la medida de sus posibilidades, pero también de regular y controlar el funcionamiento de esos centros.

Este proceso es coercitivo tendiente al sometimiento de la persona adicta con la anuencia de los familiares, es una forma más de exclusión social y espacial, ya que al privarla de su libertad, la confinan en un centro en el cual no desea permanecer. En efecto, la mayoría de los centros se ocupan de buscar a la persona usuaria e internarla sin su consentimiento, a demanda de algún familiar directo, en ocasiones incluso con apoyo de una patrulla de la policía municipal. En consecuencia, los centros que ofrecen este “servicio” a la comunidad, requieren de medidas de seguridad para evitar la fuga de internos(as). Como parte de la organización, existe también personal de custodia conformado de internos(as) que colaboran de manera voluntaria en la vigilancia y control del centro¹¹⁵. La mayoría de estos centros, como lo señalamos, carece totalmente de apoyo médico o profesional. Por lo tanto, el proceso de desintoxicación puede llegar a ser muy doloroso.

Generalmente, cuando la persona adicta llega al centro pasa por una fase de desintoxicación que dura de diez días a dos semanas. Durante las primeras dos semanas, no se permiten las visitas de familiares ni la salida del paciente. En esta fase, puede resultar fundamental el apoyo de medicamentos. Sin embargo, la falta de recursos médicos en la mayoría de los centros lleva a una desintoxicación por abstinencia total, en ocasiones muy dolorosa:

¹¹⁴ Entrevista con el Sr. Marcos, padre de adicto en recuperación, Tijuana, 30 de junio de 2009

¹¹⁵ González Reyes, Pablo Jesús, *Op. Cit.*

Cuando llegas a un cuarto de desintoxicación te dan unas pastillas para quebrar, ribotrinés... Pero no son ribotrinés porque yo les doy ácido fólico para quebrar y eso funciona (...)

Cuando viene el adicto (sic), llega a un cuarto de desintoxicación quince días, cuando hay medicamento se les da. Hay veces se les da medicamento y se pone peor. El medicamento te despierta la obsesión. Sales del cuarto de desintoxicación, entras a otro cuarto y se te empieza a prestar un servicio, a limpiar, y las reuniones de ayuda mutua: una de estudio, una de compartir. Cuando llegas firmas por tres meses.¹¹⁶

Uno de los centros más importantes en Tijuana, el CRREAD, trabaja con un modelo de tres etapas: la primera consiste en la desintoxicación del paciente e informar a los familiares del mismo sobre la importancia de la familia en la rehabilitación, e integrar el expediente clínico. La duración de ésta es de semanas o según el grado de intoxicación del enfermo. La segunda etapa es la vida en comunidad terapéutica y tiene una duración de tres meses. Aunque muchas de las veces el interno se queda más tiempo por su propia decisión. La tercera etapa es la opción de seguimiento en los grupos de Jóvenes Adictos Integrados, Alcohólicos Anónimos y Narcóticos Anónimos, que deberá de atender el enfermo de por vida¹¹⁷.

Existe una gran cantidad de modelos terapéuticos, generalmente acordes con el costo del internamiento de las y los pacientes. Los centros de rehabilitación más lujosos y más costosos establecen a la llegada una valoración médica del estado de salud del interno y mantienen durante los primeros diez días una vigilancia de 24 horas al día para asegurar la integridad del interno, por medio de protocolos médicos se atiende el síndrome de supresión agudo. Se le asigna después a un(a) terapeuta responsable de coordinar el grupo de especialistas y encargado(a) de diseñar el plan de tratamiento individual en conjunto con la persona interna y sus familiares. Este plan se centra en el desarrollo de actividades productivas que permitan a la persona adicta la incorporación a la sociedad. Se evalúa a las y los pacientes dos veces al día para verificar su evolución y con los resultados, se va formulando un

¹¹⁶ Entrevista con Jesús, director de un centro de rehabilitación, Tijuana 5 de junio de 2009

¹¹⁷ CRREAD, Modelo de tratamiento, <http://recuperacion.blogdiario.com/>, consultado el 18 de junio de 2009

tratamiento posterior a la salida de las y los internos para vigilar su efectividad y su reintegración social y familiar.

Clínicas de alto costo promueven también diversas terapias como la equinoterapia (los pacientes montan a caballo y conviven con esos animales), la terapia hortícola (cuidado de plantas) y la zooterapia (cuidado de los animales)¹¹⁸.

Sin embargo, todas esas terapias alternativas están reservadas a las y los adictos provenientes de las familias más adineradas. Los tipos de tratamiento que se utilizan más frecuente son las terapias grupales mediante conformación de grupos de autoayuda. Las propias personas internas son quienes dirigen estas terapias.

7.2.2 Pertinencia y oportunidad de la política hacia el consumo de drogas

El problema principal de la política hacia las drogas, tanto del gobierno mexicano como a nivel internacional, ha sido el aumento de la violencia y la criminalización del consumo. El propio Miguel Insulza, Secretario General de la Organización de Estados Americanos (OEA), afirma que la estrategia de lucha contra las drogas en el mundo ha fracasado, al haberse privilegiado la represión.¹¹⁹

Por otra parte, la Oficina de las Naciones Unidas para la Droga y el Delito (ONUDD) sostiene también que la lucha contra las drogas ha generado violencia y criminalidad en todo el mundo, sin lograr disminuir los niveles de consumo. Si bien reconoce un descenso significativo en el consumo de heroína, cocaína y marihuana (sobre todo entre las y los jóvenes) afirma que

¹¹⁸ Clínica Nuevo Ser, www.clinicanuevoser.com.mx, consultado el 25 de junio de 2009

¹¹⁹ Benavides, Carlos, "Aumenta el número de adictos y cárteles; son ya una amenaza hemisférica: Insulza", *El Universal*, México, 27 de junio de 2009

estas drogas han sido cada vez más sustituidas por drogas sintéticas, como las anfetaminas y el éxtasis, cuyo uso se ha extendido a más y más países.¹²⁰

Este fenómeno es particularmente patente en Tijuana, donde a pesar de la presencia masiva del ejército y de las policías en las calles para reprimir el tráfico de drogas, el consumo no ha dejado de aumentar. En enero de 2007, afirmaba así Víctor Clark Alfaro, director del Centro Binacional de Derechos Humanos, que durante el sexenio anterior, las llamadas tienditas (lugares de narcomenudeo) y los picaderos (lugares de consumo de drogas inyectadas) se habían multiplicado por cuatro. Clark Alfaro aseguraba asimismo:

El conflicto es que se dejó crecer el problema al no prevenir las adicciones y dejar en manos de la sociedad la tarea de rehabilitar a los adictos, y el resultado es que cada vez hay más necesidad de droga e inevitablemente mayor oferta de estupefacientes, en particular los sintéticos.¹²¹

En efecto, todas las fuentes señalan un aumento considerable del uso de metanfetaminas y anfetaminas en Tijuana, de manera particular en forma del llamado “cristal”, del *ice*, o hielo.

¹²⁰ “Aumenta el consumo mundial de drogas sintéticas: ONU”, *Frontera*, Tijuana, 4 de julio de 2009

¹²¹ Martínez, Julieta (corresponsal), “Narcomenudeo asuela calles de Tijuana”, *El Universal*, México, 3 de enero de 2007

8. RECOMENDACIONES DE POLÍTICAS PÚBLICAS

A partir de la reforma constitucional publicada en el Diario Oficial de la Federación el 14 de agosto de 2001, se estableció por primera vez en la Carta Magna la prohibición de la discriminación, garantizando así la equidad para todas las personas que residen en el país. El párrafo tercero del artículo 1º señala así:

Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas¹²².

La Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación (LFPED) reglamentó el precepto constitucional de referencia e identificó 29 conductas genéricas que se consideran discriminatorias y las acciones positivas para prevenirlas o eliminarlas. A partir de entonces, los gobiernos federal y estatales han establecido políticas de acción afirmativa. Éstas pueden definirse como acciones que implican tratamientos diferenciados positivos que promueven la integración social de las personas discriminadas, que les permitan aprovechar los derechos y oportunidades a los que sí acceden de manera regular quienes no sufren de discriminación.¹²³

Las políticas públicas para prevenir y eliminar la discriminación contra las personas usuarias de drogas deben partir, por un lado, de una perspectiva de reducción de los daños que ocasiona el consumo y la adicción a estas sustancias. Por el otro, de acuerdo con la LFPED, los gobiernos federal y estatales deben implementar acciones positivas para garantizar la equidad en el acceso al mercado laboral, a los derechos básicos y a los servicios sociales para este grupo de población. Las políticas recomendadas en este capítulo emanan de los resultados de este estudio y de recuperar las estrategias

¹²² Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, texto vigente con la última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 2009, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>, consultado el 3 de Noviembre de 2009

¹²³ CONAPRED, « Estudio y análisis de los posibles incentivos fiscales y comerciales a empresas que realicen acciones contra la discriminación », Documento de trabajo N° E-13-2007, Diciembre de 2007, p.11

adoptadas por otros países en el campo de la reducción de daños y de la acción afirmativa.

8.1 Políticas de reducción de daños

Este estudio encontró que la población usuaria de drogas es particularmente vulnerable a adquirir infecciones como el VIH, el VHB y VHC. Es precisamente el aumento en la prevalencia de dichas enfermedades lo que otorga una importancia fundamental a la implementación de políticas públicas encaminadas a la reducción del daño en el consumo de drogas.

La reducción del daño es una estrategia que tiene por objetivo central reducir los efectos negativos y adversos del consumo de drogas a través de la implementación de campañas y programas tales como el reparto de material de inyección estéril y la amplia divulgación de información sobre riesgos contra la salud.

Los objetivos de la estrategia de reducción de daños es facilitar y mejorar el acceso de las y los usuarios de drogas a servicios sociales, cambiar la conducta de las personas usuarias a través de la educación y modificar la percepción social acerca de las drogas y de las personas usuarias de las mismas. Esta estrategia parte del reconocimiento de que no se ha podido eliminar la disponibilidad y la demanda de drogas en nuestra sociedad, por lo cual el consumo y abuso de estas sustancias no se podrá erradicar a corto plazo.

En este sentido, el Comité de Expertos de la OMS afirmó, en 1992, que “el objetivo primordial de los programas nacionales para la reducción de la demanda debería ser minimizar el daño asociado al uso de alcohol, tabaco y otros estupefacientes”¹²⁴.

Dado los resultados particularmente positivos que ha tenido la Unión Europea

¹²⁴ Organización Mundial de la Salud, Expert Comité on Drug Dependence, “WHO Technical Report Series” N° 836, 1993, páginas 35-36

en la disminución del contagio de VIH, VHB, VHC y TB entre las y los usuarios de drogas, resulta importante recuperar esta experiencia. El Plan de Acción sobre Drogas de la Unión Europea (2005-2008) incluye así la “disponibilidad y el acceso a los servicios de reducción de daño” y un compromiso para “garantizar a los toxicómanos el acceso a los servicios, incluidos tratamientos de sustitución y mantenimiento, intercambio de agujas y servicios similares destinados a reducir los riesgos.”¹²⁵

Las políticas públicas que se han implementado en esta línea contemplan en primer lugar programas de intercambio de jeringas usadas por nuevas (PIJ), con el objetivo de evitar la transmisión del VIH, hepatitis B y C a través del uso de jeringas contaminadas. Al igual que los PIJ, resultan también fundamentales los programas de prevención de ITS entre la población usuaria mediante el reparto de preservativos. La meta de los PIJ y del reparto de preservativos es la reducción sustancial del VIH, VHB y VHC entre la población usuaria. De acuerdo con la experiencia de la Unión Europea, esta meta puede alcanzarse en un plazo de cinco años¹²⁶. Además, el suministro de jeringas estériles puede ser eficaz para entrar en contacto con la población usuaria y puede servir como conducto para el tratamiento por drogas y para servicios primarios de salud.

Como segunda prioridad, se recomienda también la distribución de pipas de vidrio propias para el consumo de drogas fumadas. Ante el aumento en los índices en el consumo de metanfetaminas (*crystal o Ice*), cuya forma de consumo muy frecuente es fumada, esta propuesta permitiría mantener bajos índices de transmisión de enfermedades como tuberculosis (TB).

Una tercera prioridad en la implementación de políticas de reducción de daños es la instalación de lugares de atención en donde las personas usuarias de drogas puedan acceder a:

- servicios de alimentación.

¹²⁵ Unión Europea, “Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on a EU Drugs Action Plan (2005-2008)”, Punto 15, Bruselas, 14 de febrero de 2005, http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc_drugs_strategy_en.htm, consultado el 13 de noviembre de 2009

¹²⁶ Unión Europea, op. cit.

- de salud
- de convivencia
- de información sobre derechos humanos
- de información sobre los programas de rehabilitación.

La instalación de estos espacios tiene que darse con la coparticipación del Sector Salud y de asociaciones dedicadas al tratamiento de adicciones. Es necesario, sin embargo, el apoyo de las autoridades municipales y de las policías.

Es importante mencionar que dichos lugares deben ser ubicados de manera estratégica, es decir, cerca de los lugares identificados como puntos de reunión, consumo y vivienda de las personas usuarias.

En el año 2003, el CONASIDA publicó un comunicado titulado “Campañas de Prevención. Acatamiento a lineamientos internacionales”, de posición a favor de la reducción de daños en población UDI¹²⁷. Este organismo ha asumido así, desde hace unos años, la responsabilidad de implementar políticas entre la población usuaria para disminuir los niveles de contagio de ITS. Así mismo, a través del CENSIDA, la Secretaría de Salud es la instancia responsable de evaluar los niveles de contagio de VIH entre la población usuaria. A través del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, la Secretaría deberá evaluar también los avances o retrocesos en materia de contagio de VHB, VHC y TB.

8.2 Políticas de prevención contra las adicciones

La criminalización de determinadas sustancias impide que las drogas sean conocidas por sus reales efectos sobre el organismo mediante políticas de prevención y educación pública. Las campañas contra el consumo de drogas suelen así englobar una multitud de sustancias con efectos muy diferentes.

¹²⁷ CONASIDA, www.salud.gob.mx/conasida, consultado el 30 de junio de 2009

Como se mostró en este estudio, algunas campañas impulsadas por la iniciativa privada, resultan confusas y pueden tener por efecto la estigmatización de las personas usuarias de drogas.

Las políticas de prevención deben basarse fundamentalmente en el derecho a la información. En este sentido, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) realiza un trabajo profesional en el diseño de campañas para evitar el abuso del alcohol, el tabaquismo y otras drogas. Sin embargo, los alcances de estas campañas son limitados y los medios financieros insuficientes para cubrir las necesidades a nivel nacional. Resulta importante entonces la colaboración del CONADIC con la iniciativa privada y con organismos no gubernamentales para la realización de campañas amplias en los medios de comunicación (sobre todo en la televisión), con alcance en particular entre los sectores más desfavorecidos de la población.

La Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 (NOM)¹²⁸, establece la normatividad en materia de prevención, tratamiento y control de adicciones. En particular, la NOM establece en el punto 6, relativo a la prevención de las adicciones, que las campañas deberán:

6.2.4.4 Divulgar información sobre las conductas de riesgo, producto del uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, y respecto a los factores protectores para prevenirlas.

6.2.4.5 Vincular las acciones de difusión con programas preventivos y de atención, generando mecanismos que permitan, tanto la resolución de dudas, como el apoyo interpersonal.

6.2.4.6 Vigilar que los medios utilizados en la difusión de los mensajes sean los más adecuados, en cuanto a horario, frecuencia y tipo, para la población definida como objetivo.

La Secretaría de Salud, a través del CONADIC, debe considerar como prioritaria la supervisión de las campañas de prevención en medios de comunicación (televisión, radio, medios impresos e Internet). Con el objetivo de garantizar el derecho a la información tanto de la población usuaria como del

¹²⁸ Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html> consultado el día 3 de Noviembre de 2009. Ver Anexo III.

público en general. Es necesario además asegurar que las campañas de prevención en torno al consumo de drogas sean articuladas a partir de una categorización de las distintas drogas tanto legales como ilegales y que con la ayuda de expertos en la materia, brinden información sobre los factores sociales, culturales y de salud que generan el abuso de las drogas y las adicciones.

En segundo lugar, las políticas de prevención deben implementarse de manera regular en todas las escuelas del país. Resulta, al respecto, de fundamental importancia estrechar la colaboración entre el CONADIC y la Secretaría de Educación Pública (SEP) para promover alternativas que permitan enfrentar el consumo de drogas y la derivación de éste en un problema social. Las escuelas de todos los niveles educativos constituyen espacios idóneos para la prevención del consumo de drogas pero las campañas esporádicas de prevención resultan totalmente insuficientes para transmitir a niños(as) y jóvenes la información y los valores que permitan prevenir las adicciones.

De lo anterior, se deriva la necesidad de promover la formación de una comisión de expertos (a través del propio CONADIC y de la SEP) para revisar los libros de texto en los diferentes niveles de educación básica, proponer la incorporación y discusión de contenidos relacionados con la prevención de las adicciones.

Las políticas de prevención de las adicciones buscan la meta de disminuir los índices de consumo de drogas (alcohol, tabaco o sustancias ilegales). El SISVEA realiza una suerte de diagnóstico regular de las adicciones que refleja el aumento o la disminución en el consumo de diferentes sustancias.

La supervisión por parte del CONADIC de las campañas implementadas por la iniciativa privada permitiría una evaluación regular de los contenidos. Finalmente, debido al importante papel de la escuela en la educación para la prevención, la propia SEP debe revisar y evaluar regularmente sus programas de estudio.

8.3 Incentivos fiscales para combatir la discriminación laboral de personas adictas en recuperación

Este estudio mostró que el estigma y la discriminación contra las personas usuarias de drogas y sus familiares dificulta seriamente su inserción en las instituciones educativas y en el mercado laboral. En particular, las personas adictas en recuperación difícilmente encuentran y conservan su empleo.

En el año 2006, el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) elaboró el Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación, como instrumento de definición de la estrategia para atender el problema. Este Programa establece cinco objetivos generales, dentro de los cuales destaca el cuarto:

Garantizar el derecho fundamental al trabajo sobre la base del derecho constitucional a la no discriminación de tal forma que se permita una igualdad real de oportunidades en el acceso a las relaciones laborales, al desempeño respetuoso de la integridad de las personas y a la certidumbre laboral para los trabajadores, dando seguimiento a los programas elaborados por el sector laboral de la Administración Pública Federal para prevenir la discriminación y promover la equiparación de oportunidades de las personas o grupos vulnerables.¹²⁹

Una modalidad de acción afirmativa emprendida contra la discriminación laboral ha sido la política de incentivos fiscales. Ésta da un tratamiento preferencial en la cuantificación de impuestos para las empresas que realicen cierta actividad que promueva la integración social de personas discriminadas. Los incentivos fiscales tienen su fundamento en la legislación tributaria. Así, la Ley de Hacienda del Estado de Baja California estipula, en su artículo 177:

Las Empresas que contraten personas productivas con capacidades diferentes y/o personas adultas mayores, consideradas como tales en la Ley de Fomento a la Competitividad y Desarrollo Económico para el Estado de Baja California, estarán exentas del pago del impuesto sobre remuneraciones al trabajo personal que les corresponda cubrir periódicamente por las remuneraciones relativas a

¹²⁹ CONAPRED, « Estudio y análisis de los posibles incentivos fiscales y comerciales a empresas que realicen acciones contra la discriminación », Documento de trabajo N° E-13-2007, Diciembre de 2007

estos empleados, siempre que la Empresa no se encuentre recibiendo una exención sobre este impuesto en los términos del artículo 175 de esta Ley.¹³⁰

En virtud de la problemática de inserción laboral de las y los usuarios de drogas, se propone que los congresos de los estados extiendan los estímulos fiscales a las empresas que contraten a personas adictas en recuperación. El objetivo de esta política es el de garantizar el derecho fundamental al trabajo para esta población. La meta consiste en elevar el empleo en este sector de la población, ya que en la actualidad, de acuerdo con los datos del SISVEA, el 82% de las y los adictos en recuperación en el estado de Baja California carecen de empleo fijo.¹³¹

En virtud de que el CONAPRED tiene entre sus objetivos los de:

- Proponer y evaluar la ejecución del Programa Nacional para Prevenir y Eliminar la Discriminación conforme a la legislación aplicable.
- Verificar la adopción de medidas y programas para prevenir y eliminar la discriminación en las instituciones y organizaciones públicas y privadas, así como expedir los reconocimientos respectivos¹³².

Éste será el organismo responsable de evaluar la efectividad de esta política de incentivos fiscales en el combate contra la discriminación de las personas usuarias de drogas.

¹³⁰ Congreso del Estado de Baja California, "Ley de Hacienda del Estado de Baja California", <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/BAJA%20CALIFORNIA/Leyes/BCLEY25.pdf>, consultado el 5 de Noviembre de 2009

¹³¹ Secretaría de Salud, SISVEA, Informe Anual 2008 para Baja California, <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/SISVEA%202008/INFORMES/BC%20cij%20y%20sisvea%202008.pdf>, consultado el 30 de octubre de 2009

¹³² Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED), « Misión, visión y objetivos », <http://www.conapred.org.mx/acerca/objetivos.html>, consultado el 13 de noviembre de 2009

8.4 Políticas de atención terapéutica para la deshabitación y la rehabilitación

Las personas sometidas a tratamientos de desintoxicación y rehabilitación deben tener la certeza de recibir un trato digno y que se respete su derecho a dar su consentimiento y ser informado(a) previamente de cualquier tratamiento en la medida en que pueda comprender.

La gran mayoría de los centros de rehabilitación que trabajan bajo el modelo de ayuda mutua, violan de manera sistemática los derechos humanos de las personas usuarias de drogas. En particular, cabe mencionar que frecuentemente las personas adictas son recluidas en los centros sin su consentimiento, a solicitud de algún(a) familiar.

La NOM no es precisa en el tipo de atención que debe brindarse a las personas adictas bajo el modelo de ayuda mutua. En particular, no establece que el internamiento de personas adictas en los centros de rehabilitación debe ser con su consentimiento. Tampoco prohíbe explícitamente la aplicación de sanciones físicas o psicológicas humillantes para las personas usuarias de drogas. Resulta por lo tanto fundamental que el Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se encargue de actualizar la NOM para reglamentar la atención a las personas usuarias en los centros de rehabilitación, haciendo explícitas las conductas que se espera de quienes intervienen en el proceso de recuperación.

De la misma manera, debe integrarse a la NOM la participación del sector salud en la supervisión y asesoría a las asociaciones civiles que trabajan bajo el modelo de ayuda mutua, para proporcionar consultas externas, intervenir en los procesos terapéuticos y profesionalizar al personal que atiende a las personas adictas en recuperación.

CONCLUSIONES

Las políticas recesivas, las recurrentes crisis sociales y la reducción de los servicios de asistencia social para la población en general generan una situación todavía más grave entre los grupos vulnerables, como son las y los usuarios de drogas. La prohibición de ciertas drogas y la criminalización del consumo han llevado a la estigmatización y discriminación de las personas usuarias. Esto provoca un estrés crónico que lleva a un deterioro de su salud física y mental.

Las condiciones de vivienda, trabajo y consumo a la que se ven orilladas la mayoría de las personas usuarias de drogas, que se observaron en el trabajo de campo realizado para esta investigación, demuestran la violación sistemática del derecho a una vida digna. La marginalización y segregación de esta población, la falta de atención médica y de servicios básicos, la convierten en un sector social particularmente vulnerable a los abusos por parte de la policía y a violaciones a sus derechos humanos.

Los resultados de este estudio muestran cómo la estigmatización y discriminación se dan por asociación. Así, las familias con personas adictas a las drogas suelen percibir el estigma de manera más aguda aún que las y los usuarios. La integración en grupos de apoyo mutuo permite una mayor aceptación y afrontamiento de la problemática por parte de familiares de usuarios(as). Sin embargo, suelen ser casi siempre las mujeres madres o esposas, las que se involucran en el proceso de recuperación.

La mayor asistencia de mujeres a los programas para familiares de adictos en comparación a los varones obedece a una construcción cultural del género que atribuye a las primeras la responsabilidad y el cuidado de las y los enfermos, y que les permite expresar de manera más abierta sus sentimientos de angustia y de solidaridad. Cabe señalar, sin embargo, que los programas de rehabilitación para familiares no han sido lo suficientemente atractivos para el

público masculino, factor que puede generar una falta de apoyo hacia las personas en rehabilitación.

Un hallazgo importante del estudio, expuesto en el cuarto capítulo, es que el significado de los tatuajes en personas usuarias de drogas genera un sentido de pertenencia y estatus dentro del contexto en el que se desenvuelven. Los tatuajes son asumidos, por las y los usuarios como estrategias de supervivencia. Por ello, de acuerdo con los resultados de la encuesta, la visibilidad de los tatuajes aumenta la percepción de que éstos ayudan para “sobrevivir en la calle”.

Las y los usuarios tatuados sufren sin embargo discriminación en el espacio laboral y educativo. Tienden además a reunirse únicamente con otras personas en su misma condición, de tal manera que se les dificulta su reinserción en las instituciones sociales su identificación con otros grupos de la sociedad.

El capítulo 5 permitió identificar a los sectores poblacionales de mayor pobreza y marginalidad como aquéllos que enfrentan los índices más elevados en el consumo de drogas, aunado a los bajos niveles de escolaridad y a la desintegración familiar. Esto ofrece un panorama que permite detectar la población hacia la cual se deben canalizar los mayores esfuerzos en la prevención.

Se observó además una clara variación de las denominadas drogas de impacto en los últimos años, y sobre todo un aumento en el consumo de la droga sintética conocida como *crystal*. Asimismo prácticas de consumo propias de otras drogas, como la inyección de heroína, han sido adoptadas por las y los usuarios para el consumo de metanfetaminas, lo que aumenta los riesgos de salud debido a la fácil transmisión de ITS por medio de jeringas usadas.

La población usuaria de drogas comprende hoy en día a mujeres y hombres de todos los estratos socioeconómicos, aunque los sectores más vulnerables son los de menores ingresos y menor escolaridad. Muchas personas usuarias de drogas – en particular heroína y metanfetaminas – viven además en situación de calle, y son objeto de diversas violaciones a sus derechos humanos por parte de las autoridades.

En el capítulo 6 se encontró que las violaciones más frecuentes a los derechos de las personas usuarias son:

- El derecho a la salud, garantizado por el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;
- El derecho a la libertad establecido por la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Organización de las Naciones Unidas, en sus artículos 9 y 13;
- El derecho a la seguridad jurídica, en particular a través de la violación del Código Penal Federal que establece, en su artículo 199, el derecho a poseer determinada cantidad de droga para consumo individual;

Otro dato que arroja este capítulo es la falta de preparación de las corporaciones policíacas para enfrentar el problema generado por el aumento del consumo de drogas en las calles de Tijuana, y el total desconocimiento de los derechos humanos por parte del personal de esas corporaciones.

En lo que respecta a los centros de rehabilitación, estas instituciones también incurren en violaciones a los derechos de las personas adictas. La práctica más recurrente es el ingreso de éstas en contra de su voluntad. Dicha práctica resulta de un vacío legal que no establece mecanismos para tener en cuenta la decisión de la persona adicta.

Los centros de readaptación social omiten el derecho de los farmacodependientes a obtener servicios y tratamientos de desintoxicación y rehabilitación. Los programas de prevención y tratamiento implementados por el sector salud resultan inoperantes en relación con la falta de vinculación en la que incurren las instituciones de penitenciarias.

Las propias instituciones de rehabilitación emplean raramente programas de intervención y tratamiento específicos, de acuerdo a la trayectoria de la persona adicta, el tipo de droga que consume, la vía de consumo, etc. No existen programas diferenciados entre las personas adictas que apenas se inician en el consumo de drogas y otras con una trayectoria más extensa, mucho menos una diferenciación entre consumidores de distintas drogas. Este factor puede resultar contrario a los objetivos de la rehabilitación y puede generar la incursión en el consumo de nuevas drogas por parte de quienes se internan en los centros.

El capítulo 7 destacó el incremento de centros de rehabilitación y de manera paralela, el crecimiento continuo de las adicciones en nuestra sociedad. Este panorama nos permite concluir que las instituciones no han logrado generar programas eficaces de prevención y procesos eficientes de rehabilitación y seguimiento.

El trabajo de campo realizado para la elaboración de este estudio y otras investigaciones previas en la materia, ilustran un conjunto de prácticas comunes en estos centros, que violan de manera sistemática los derechos humanos de las personas usuarias de drogas. Por ejemplo, son comunes las sanciones físicas contra las personas internadas en los centros, ya sea por ser reincidentes en el consumo de drogas o por no respetar las reglas del establecimiento.

Las recomendaciones de políticas públicas presentadas en el último capítulo de este estudio parten de la adopción de una estrategia diferente hacia el consumo de drogas, que priorice la reducción de los daños causados por el abuso de las mismas antes que la persecución de las personas usuarias. La

política en contra del consumo ha resultado contraproducente o simplemente no ha cumplido con los objetivos establecidos inicialmente. Por el contrario, ha generado problemas que han permitido observar una inoperancia por parte de las instituciones gubernamentales de salud, de seguridad y carcelarias.

GLOSARIO¹³³

Adicción: conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.

Adicto(a): persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

Adicto(a) en recuperación: persona que ha dejado de utilizar sustancias psicoactivas y está en un proceso de reinserción o reintegración social social.

Alcoholismo: síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.

Antirretrovirales: fármacos comúnmente utilizados para el tratamiento de la infección por VIH.

Basculer: revisar, catear a los detenidos.

Cacharro: recipiente en el cual se diluye y prepara la droga.

Carga: término con el que las y los consumidores se refieren a la heroína.

Codependencia: condición emocional, psicológica y comportamental que se desarrolla como resultado de una prolongada exposición a la práctica de un conjunto de reglas relacionales opresivas dentro del marco de un vínculo afectivo con una persona dependiente.

Cristal: derivado de la pseudoefedrina, extraída generalmente de los antigripales, que tiene apariencia cristalina de distintos colores, según los procesos químicos empleados para su fabricación.

¹³³ Las definiciones médicas son tomadas de la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. El vocabulario de los y las usuarios (as) es recuperado del trabajo etnográfico y de las entrevistas.

Curarse: consumir droga, especialmente en el caso de la heroína, evitando al máximo la llegada del síndrome de abstinencia.

Chiva: término con el que las y los consumidores se refieren a la heroína.

Chora: marihuana

De barbas: detenido arbitrariamente por agentes de policía

Dejarse caer: inyectarse droga.

Dependencia: conjunto de signos y síntomas de orden cognoscitivo, conductual y fisiológico, que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de las sustancias psicoactivas.

Deshabitación: proceso de aprendizaje de estrategias terapéuticas que le permitan a la persona adicta enfrentarse a factores de riesgo asociados al consumo de drogas con el objetivo final de eliminar su dependencia de las mismas.

Droga: ver “sustancia psicoactiva”.

Enfermedades endémicas: enfermedades infecciosas que afectan de manera permanente o durante un largo periodo de tiempo a una región.

Erre: la jeringa utilizada para inyectarse la droga.

Factor de riesgo: atributo o exposición de una persona o población, que está asociado a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

Fletarse: inyectarse droga

Grupo de ayuda mutua: agrupación que ofrece servicios gratuitos, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas.

Hielo (Ice): cristal de apariencia transparente.

Inimputabilidad: excluyente de responsabilidad en función de la alteración del juicio de realidad, debido a trastornos mentales temporales o permanentes

Loquera: droga

Malilla: síndrome de abstinencia. Conjunto de reacciones corporales que ocurren durante las primeras horas y los primeros días en que una persona adicta a las drogas deja de consumirlas. El síndrome es particularmente agudo durante los diez primeros días de abstinencia.

Metadona: opiáceo sintético que se presenta como un polvo blanco de sabor amargo, soluble en agua y alcohol. Es utilizado en algunas clínicas y hospitales para evitar el síndrome de abstinencia en personas dependientes de la morfina o de la heroína.

Morbilidad: incidencia de una o de varias enfermedades en una región o en un grupo de población.

Mota: marihuana

Narcotiendita: lugar en colonias donde se vende droga al menudeo.

Patrón de consumo o historia de consumo: conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

Picaderos: lugares de consumo de drogas inyectadas.

Prevención: conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.

Rallado(a): tatuado(a)

Recuperación: estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

Rehabilitación del adicto: proceso por el cual un individuo con un trastorno de uso de sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

Reinserción social o reintegración social: conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor a quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.

Sica: cuota o derecho de piso; pago por la utilización del instrumental y en algunos casos de la utilización del sitio de inyección.

Síndrome de abstinencia o de supresión: grupo de síntomas y signos, cuya gravedad es variable, que aparece durante la suspensión brusca, total o parcial, del consumo de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente, o del consumo de altas dosis de la misma.

Sustancia psicoactiva, psicotrópica o droga: sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Estos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas.

Traques: caminos, rutas o senderos que se marcan en la piel de los consumidores de drogas vía intravenosa

Venas quemadas: venas de UDIs cuando existe un desgaste de la piel y de las propias venas debido a inyecciones muy frecuentes

Yongos: lugares (casas abandonadas, alcantarillas, terrenos baldíos...) utilizados para el consumo de drogas.

BIBLIOGRAFÍA

Alonso, J. y Román, J.M. "Prácticas educativas familiares y autoestima", *Psicothema* 17, 2005

Boardman, Jason D. et al. "Neighborhood Disadvantage, Stress, and Drug Use Among Adults", *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 42, N°2, U.S.A, Junio de 2001, pp.151-165

Corrigan, P.W. et al., "The public stigma of mental illness and drug addiction: Findings from a stratified random sample", *Journal of Social Work*, Vol. 9, 139, 2009, pp. 139-147

Corrigan, P.W. and Watson, A. C. "Paradox of self-stigma and mental illness", *Clinical Psychology: Science and Practice* 9(1), 2002, pp. 35-53

DeMello, Margo., *Bodies of Inscription: A Cultural History of the Modern Tattoo Community*, Durham: Duke University Press, 2000

Doctor, Ronald M. and Nicholas A. Sieveking, "A Survey of Attitudes Toward Drug Addiction", Miami, Florida, September 1970, American Psychological Association Convention

Douglas, & Wildavsky, *Risk and Culture. An Essay on the Selection of Technical and Environmental Dangers*, Berkeley, University of California Press, CA., 1982

Faye White, Emily et al., "Prevalence of hepatitis C virus and HIV infection among injection drug users in two Mexican cities bordering the U.S.", *Salud pública de México*, Vol. 49, nº 3, México, mayo-junio de 2007

Fiz, M.R. y Oyón, M.J. "Influencia de la autoestima y su repercusión en el rendimiento académico de los adolescentes", *Estudios de Pedagogía y Psicología*, 10, 1998.

Fresán, Ana et al., "Aspectos penales y características clínicas de la criminalidad en la esquizofrenia", *Salud Mental*, Vol 25 N° 5, México D.F.: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente.

González Reyes, Pablo Jesús, La adicción a las drogas ilegales en el estado de Baja California ¿integración o rechazo social?, tesis para optar por el grado de Doctor en Ciencias Sociales Aplicadas, Tijuana, Colegio de la Frontera Norte, 2006.

Hinshaw, Stephen P. and Andrea Stier, "Stigma as Related to Mental Disorders", *Annual Review of Clinical Psychology*, 2008, Vol 4.

Link, Bruce G. et al. "Study of Men with Dual Diagnoses of Mental Illness and Substance Abuse", *Journal of Health and Social Behavior*, 1997, Vol 38 (June).

Núñez, J.C. et al. "Estrategias de aprendizaje, autoconcepto y rendimiento académico" *Psicothema*, 10, 1998.

Nurutdinova, Ben Abdallah et al., "HCV risk factors among street-recruited substance-abusing women", Documento presentado en el College on Problems of Drug Dependence, Scottsdale Arizona, junio 2006.

Parra, A. et al. "Evolución y determinantes de la autoestima durante los años adolescentes", *Anuario de Psicología*, 35, 2004.

Pérez Gómez, Augusto y Delgado Delgado, Diana, "La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento" *Psicothema*, Bogotá, 2003, Vol. 15, nº 3.

Pinel, Elizabeth C. "Stigma consciousness: The psychological legacy of social stereotypes", *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 1999.

Pitts, V. "Visibly Queer: Body Technologies and Sexual Politics", *The Sociological Quarterly*, U.S.A., 2000, Vol. 41.

Reinhetz et al. « General and specific childhood risk factors for depression and drug disorders by early childhood », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2000.

Rodríguez, S. et al. "Diferencias en el uso de self-handicapping y pesimismo defensivo y sus relaciones con las metas de logro, la autoestima y las estrategias de autorregulación", *Psicothema* 16, 2004.

Room, Robin, « Stigma, social inequality and alcohol and drug use », *Drug and Alcohol Review*, Australia, 2009, Vol 24 Issue 2.

Rosenberg, M, *Society and the Adolescent Self-image*, Princeton, NJ: Princeton University Press, 1965

Sánchez, E. y Barrón, A. "Social psychology of mental health: The social structure and personality perspective", *The Spanish Journal of Psychology*, 6, 2003.

Schomerus, G. et al, "Public beliefs about the causes of mental disorders revisited", *Psychiatry Research*, Vol. 144, 2, 2006, pp. 233-236

Tiburcio Sainz, Marcela, Natera Rey, Guillermina, "Evaluación de un modelo de intervención breve para familiares de usuarios de alcohol y drogas. Un estudio piloto.", en *Salud Mental*, Vol 25, Nº5, México, Octubre de 2003.

Touzé, Graciela, "La situación global de la reducción de daños", ponencia presentada en la *International Harm Reduction Association – IHRA's 19th International Conference*, Barcelona, 11 al 15 de mayo de 2008.

Valenzuela Arce, José Manuel, *El futuro ya fue. Socioantropología de I@s jóvenes en la modernidad*, México, El Colegio de la Frontera Norte y Juan Pablos, 2009.

Warner, R. Stephen and Wittner, Judith G., *Gatherings in Diaspora. Religious Communities and the New Immigration*, Philadelphia, Temple University Press, 1998.

Watkins, Beverly Xaviera et al., « Arms Against Illness : Crack Cocaine and Drug Policy in the United States », *Health and Human Rights* Vol 2 N°4, 2000.

White, Emily Faye et al. , “Prevalence of hepatitis C virus and HIV infection among injection drug users in two Mexican cities bordering the U.S.”, *Salud Pública* 49, 2007.

Wodak, Alex “Health, HIV Infection, Human Rights, and injecting Drug Use”, *Health and Human Rights*, Vol.2 N°4, Harvard School of Public Health, 2000.

Artículos periodísticos, documentos y páginas web

Benavides, Carlos, “Aumenta el número de adictos y cárteles; son ya una amenaza hemisférica: Insulza”, *El Universal*, México, 27 de junio de 2009

Brouwer, C. Kimberly, “Revelaciones de estudio sobre los Deportados: Parte 1. Políticas Públicas y la Migración”, *Instituto de las Américas*, 23 de Junio de 2009

Centro de Información para Decisiones en Salud, “Hepatitis C in México”, México DF, CENIDS, 2005

Centros de Integración Juvenil, Información de la clínica de atención a usuarios de heroína del Centro de Integración Juvenil, Tijuana, Baja California: www.cij.gob.mx

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, *Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*, texto vigente con la última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 24 de agosto de 2009, <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1.pdf>

Clínica Nuevo Ser, www.clinicanuevoser.com.mx

CENSIDA, “SIDA en cifras”, <http://www.salud.gob.mx/conasida>

CONASIDA, CENSIDA, “SIDA en cifras”, <http://www.salud.gob.mx/conasida>

CONASIDA, Página principal, www.salud.gob.mx/conasida

CONADIC, “Programa de acción”, México D.F., 2001

CONADIC, “Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones”, México, Secretaría de Salud, http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE2007.2012_Adicciones.pdf

CONAPRED, “Estudio y análisis de los posibles incentivos fiscales y comerciales a empresas que realicen acciones contra la discriminación”, Documento de trabajo N° E-13-2007, Diciembre de 2007.

CONAPRED, “Misión, visión y objetivos”, <http://www.conapred.org.mx/acerca/objetivos.html>, consultado el 13 de noviembre de 2009

Congreso del Estado de Baja California, “Ley de Hacienda del Estado de Baja California”, <http://www.ordenjuridico.gob.mx/Estatal/BAJA%20CALIFORNIA/Leyes/BCLEY25.pdf>

CRREAD, "Modelo de tratamiento", <http://recuperacion.blogdiario.com/>

Dirección Municipal contra las Adicciones, "Programa de prevención, detección y tratamiento de las adicciones en el municipio", Tijuana, 2009

Encuesta Nacional de Adicciones 2002, INEGI, SSA, CONADIC, INPRF, Dirección General de Epidemiología, www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/2004/Ena02.pdf

Frontera, "Aumenta el consumo mundial de drogas sintéticas: ONU", Frontera, Tijuana, 4 de julio de 2009

Fundación Azteca, Campaña Vive Sin Drogas, México, <http://www.comminit.com/en/node/37665/37>

Fundación Azteca, Campaña Vive Sin Drogas, "Diez preguntas frecuentes", México, <http://www.vivesindrogas.com/guia/verdades/preguntas.shtml>

Garduño, Roberto (enviado), "Al amparo de la policía, el cristal envenena a miles de tijuaneños", La Jornada, México, 12 de marzo de 2009

Gómez, Francisco, "Mueren 10 en Tijuana al mes por sobredosis", El Universal, México, 15 de enero de 2007

INCB, Report of the International Narcotics Control Board for 2005, United Nations International Narcotics Control Board, New York, 2006

INEGI, Encuesta Nacional de Adicciones 2002, www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/continuas/sociales/salud/200

Lozada, Ma. Remedios, ISESALUD y Andrea Mantsios, MHS UCSD, "VIH/SIDA en poblaciones vulnerables", 2008

Martínez Gonzalez, “Por discriminación laboral, los tatuados podrían interponer demandas”, <http://www.frecuencialaboral.com/tatuajes.html>

Martínez, Julieta (corresponsal), “Narcomenudeo asuela calles de Tijuana”, El Universal, México, 3 de enero de 2007

Ojeda, Victoria, Division of Global Public Health, “Experiencias Migratorias de Tijuanaenses Vulnerable y factores de Riesgo”, University of California, San Diego (UCSD,) presentación en Power Point, 2008

OMS, ONUSIDA; <http://www.unaids.org/es/default.asp>

Organización Mundial de la Salud y Oficina de las naciones Unidas sobre Drogas y Crimen, “Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention”, position paper, http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html

Organización Mundial de la Salud, Expert Comité on Drug Dependence, “WHO Technical Report Series” N° 836, 1993, pp. 35-36

Organización de las Naciones Unidas, Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/0014.pdf> consultado el 3 de agosto de 2009

Organización de las Naciones Unidas, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948, <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

Organización Panamericana de la Salud (Centro de noticias), “Una tendencia que crece, la extracción de tatuajes”, 2003 <http://www.ops.org.bo/servicios/?DB=B&S11=2216&SE=SN>

Orozco, Emanuel El consumo de drogas en México. Diagnóstico, tendencias y acciones, México, Secretaría de Salud/Consejo Nacional contra las Adicciones, 1999

Patterson TL, et al. "High prevalence of HIV and sexually transmitted infections among female sex workers associated with injection drug use in two Mexico-US border cities". XVI International AIDS Conference; 2006 August 13-18; Toronto, Canada, http://bvssida.insp.mx/harticulo.php?id_art=4332&seltabla=1

Ramos, Germán, « Indigentes de Tijuana son 'tirados' en Tecate », Periódico Frontera, 2 de septiembre de 2009, Tijuana

Rodríguez Zepeda, Jesús "Un marco teórico para la discriminación", Colección Estudios 2, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación, México, 2005, pp.138, <http://www.conapred.org.mx/estudios/docs/E-08-2005.pdf>

Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>, consultado el día 3 de Noviembre de 2009.

Secretaría de Relaciones Exteriores, Dirección General de Derechos Humanos y Democracia, "Respuesta de México a cuestionario de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) sobre 'Detención de Consumidores de Droga'", Derechos Humanos: Agenda Internacional de México, Boletín Informativo, N°141, México, 17 de agosto de 2009

Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, SISVEA, « Informe 2007 », http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/PDF%20ESTADOS%20SISVEA%202007/MicrosoftWord-%20-%20InfSISVEA2007_ietza_210608.pdf

Secretaría de Salud, SISVEA, Informe Anual 2008 para Baja California, <http://www.dgepi.salud.gob.mx/sis/SISVEA%202008/INFORMES/BC%20cij%20y%20sisvea%202008.pdf>, consultado el 30 de octubre de 2009

Secretaría de Salud, Norma Oficial Mexicana NOM 028-SSA2-1999, <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/028ssa29.html>, consultado el día 3 de Noviembre de 2009, Anexo III

Taraciuk, Tamara, "Impunidad Uniformada. Uso indebido de la justicia militar en México para investigar abusos cometidos durante operativos contra el narcotráfico y de seguridad pública", *Informe de Human Rights' Watch*, abril de 2009, <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/mexico0409spweb.pdf>, consultado el 26 de agosto de 2009

Unión Europea, "Communication from the Commission to the European Parliament and the Council on a EU Drugs Action Plan (2005-2008)", Punto 15, Bruselas, 14 de febrero de 2005, http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc_drugs_strategy_en.htm, consultado el 13 de noviembre de 2009

UNAIDS/WHO, "Policy Brief: Provision of sterile injecting equipment to reduce HIV transmission", Geneva: UNAIDS/WHO, 2004

Anexo I

Los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (retomados por Narcóticos Anónimos)

PASOS ENUNCIADO.

- 1 Admitimos que éramos impotentes ante el alcohol y que nuestras vidas se habían vuelto ingobernables.
- 2 Llegamos al convencimiento de que un Poder Superior podría devolvernos el sano juicio.
- 3 Decidimos poner nuestras voluntades y nuestras vidas al cuidado de Dios, como nosotros lo concebimos.
- 4 Sin miedo hicimos un minucioso inventario moral de nosotros mismos.
- 5 Admitimos ante Dios, ante nosotros mismos y ante otro ser humano, la naturaleza exacta de nuestros defectos.
- 6 Estuvimos enteramente dispuestos a dejar que Dios nos liberase de todos estos defectos de carácter.
- 7 Humildemente le pedimos que nos liberase de nuestros defectos.
- 8 Hicimos una lista de todas aquellas personas a quienes habíamos ofendido y estuvimos dispuestos a reparar el daño que les causamos.
- 9 Reparamos directamente a cuantos nos fue posible el daño causado, excepto cuando el hacerlo implicaba perjuicio para ellos o para otros.
- 10 Continuamos haciendo nuestro inventario personal y cuando nos equivocábamos lo admitíamos inmediatamente.
- 11 Buscamos a través de la oración y la meditación mejorar nuestro contacto consciente con Dios, como nosotros lo concebimos, pidiéndole solamente que nos dejase conocer su voluntad para con nosotros y nos diese la fortaleza para cumplirla.
- 12 Habiendo obtenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a los alcohólicos y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Anexo II

Lista de centros de rehabilitación en Tijuana, Baja California

Nombre	Horario	Población atendida	Servicios
Casa del Reencuentro, A.C.	24 Horas	Hombres	Rehabilitación de personas adictas
Alcance Victoria Mujeres	9:00-17:00	Mujeres	Atención y rehabilitación a personas con adicciones
Casa Hogar El Descanso	24 Horas	Hombres	La rehabilitación de alcohólicos y farmaco-dependientes de escasos recursos
Casa Hogar el Bordo, A.C.	24 Horas	Hombres y mujeres	Atención y rehabilitación a personas con adicciones
Centro de Rehabilitación Cambiando Vidas, A.C.	24 Horas	Hombres	Atención y apoyo a personas con adicciones
Casa Recuperación, A.C.	24 Horas	Población en General	Atención y apoyo a personas con adicciones
Cto. De Reahabilitación Saber Vivir, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Centro de Integración Juvenil, A.C.	8:00-17:00	Población en General	Prevención y rehabilitación a farmacodependencias
Un Nuevo Día en Luz, A.C.	24 Horas	Mujeres	Es ayudar a todas las mujeres con adicción a las drogas
Cto. De Integración para Adictos, A.C.	24 Horas	Hombres y mujeres	Ayuda a personas con adicción a las drogas y el alcohol
Cto. De Rehabilitación CRISAAR, A.C.	9:00 a 17:00 horas	Hombres	Apoyo y albergue a las personas con problemas de adicción
Centro de Rehab Mujeres AGAPE, A.C.	24 Horas	Mujeres	Integración y rehabilitación de adicciones
Cto. De Rehabilitación e Integración Salvatierra, A.C.	24 Horas	Hombres	Integración y rehabilitación de adicciones
Grupos de Familia Nar-Anon, A.C.	24 Horas	Población en General	Desarrollo de Programas de Rehabilitación para familiares
Cto. De Rehab y Reint COCCERA, A.C.	9:00-17:00	Hombres	Rehab y Reintegración de adicciones
Cto. De Rehabilitación Puerta de Esperanza	9:00-16:00	Hombres	Rehab y Reintegración de adicciones
Cto. De Rehabilitación Rosa de Sarón	8:00-16:00	Hombres	Integración y rehabilitación de adicciones
C. de Reh. Adultos Y Jóvenes La Esperanza, A.C.	24 Horas	Mujeres	Integración y rehabilitación de adicciones
Cto. De Rehabilitación La Esperanza, I.B.P	24 Horas	Hombres	Integración y rehabilitación de adicciones
Un Ministerio Novel, A.C.	24 Horas	Hombres	Integración y rehabilitación de adicciones
Grupo Mi Primer Día, A.C.	24 Horas	Hombre	Brindar atención a personas con problemas de adicciones
Cto. De Rehabilitación Alcanzando La Visión, A.C.	9:00-22:00	Hombres	Rehab y Reintegración de adicciones
Clinica Rehab. Maravilloso Corazón, A.C.	24 Horas	Mujeres	Rehab. Y Reintegracion de Adicciones

Centro de Rehabilitación Amanecer, A.C.	24 Horas	Hombres	Desintoxicación y terapia grupal
Ministerios para sus Corderos, A.C.	7:00 a 19:00 hras	Población	Apoyo a personas de escasos recursos
Queremos una Comunidad de Restauración, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción a las drogas y al alcohol
Puros y Renuevos, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción a las drogas
Propósitos Firmes, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción a las drogas
El Buen Camino de la Verdad y la Vida, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción a las drogas
Centro de Rehabilitación Ebenezer, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Centro de Rehabilitación El Alfarero	24 Horas	Hombres	Consejería espiritual en rehabilitación
Centro de Rehabilitación Creer, A.C. No. 1	24 Horas	Hombres y mujeres	Atención a personas con adicciones a las drogas y al alcoholismo
Centro de Rehabilitación El Mezón	8:00-16:00	Hombres	Integración y rehabilitación de adicciones
Centro de Rehabilitación La Vereda de la Vida	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas adictas
Centro de Rehabilitación Nuevo Pacto 2	24 Horas	Hombres	Rehabilitación a personas con adicciones
Centro de Rehabilitación el Florido, A.C.	24 Horas	Hombres	Rehabilitación y reintegración de adicciones
Centro de Rehabilitación para el adicto Seguir Adelante	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Centro de Rehabilitación NACER, A.C.	24 Horas	Hombres y mujeres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Centro de Rehabilitación Refugio Emmanuel	24 Horas	Hombres	Rehabilitación y reintegración de adicciones
Centro de Rehabilitación Rompiendo Cadenas	24 Horas	Hombres	Atención y Rehabilitación a personas con adicciones
Centro de Rehabilitación Ventanas de Vida	24 Horas	Hombres	Atención y rehabilitación a personas con adicciones
Centro de Rehabilitación Tesoros Escondidos	24 Horas	Hombres	Integración y rehabilitación de adicciones
Centro de Trat. Autodestructivas, A.C.	24 Horas	Hombres	Atención y apoyo a personas con adicciones
Centro de Rehabilitación en Busca de una Nueva Esperanza	24 Horas	Mujeres	Apoyo a mujeres adictas
CIRAD No. 3	24 Horas	Hombres	Integración y rehabilitación de adicciones
CIRAD No. 2	6:00-20:00	Hombres	Atención y apoyo a personas con adicciones
CIRAD No. 6	9:00-20:00	Mujeres	Atención y apoyo a personas con adicciones
CRREAD, A.C.	24 Horas	Hombres	Atención y rehabilitación a personas de adicciones
CIRAD No. 4	24 Horas	Hombres	Atención y rehabilitación a personas con problemas de adicciones
FOUNTAIN OF HOPE, A.C.	24 Horas	Hombres	Atención y rehabilitación a personas con problemas de

			adicciones
Libres Centro de Rehabilitación, A.C.	24 Horas	Hombres y Niños	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Menores en Recuperación, A.C.	24 Horas	Niños y jóvenes	Rehabilitación a jóvenes con problemas de adicción
NACER, Col. México	24 Horas	Hombres	Atención y apoyo a personas con adicciones
Ministerios de Alcance Cumpliendo La Visión, A.C.	24 Horas	Hombres	Rehabilitación y reintegración de adicciones
NACER, Matamoros	24 Horas	Hombres y mujeres	Atención y apoyo a personas con adicciones
NACER, Col. Chula Vista	24 Horas	Hombres	Atención y apoyo a personas con adicciones
NACER, Valle Dorado	24 Horas	Hombres	Atención y apoyo a personas con adicciones
Red Estatal de Centros de Tratamiento de Adicción, A.C.	24 Horas	Hombres y mujeres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Narcóticos Conocidos, A.C.	24 Horas	Hombres y mujeres	Orientación y apoyo a personas en el proceso de recuperación en las adicciones
Solo por hoy Casa Hogar Vida, A.C.	24 Horas	Hombres	Atención y rehabilitación a personas con adicciones
Rancho Cultural Tepeyac, A.C.	10:00-21:00	Hombres	Rehabilitación interna y programas para la familia
Tiempos de Restauración, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Estamos en Nuestro AMOR Freternal, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Sigamos Limpios, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Triunfo en tus manos, A.C.	24 Horas	Hombres y mujeres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Centro de Rehabilitación la Tercera Tradición, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción a las drogas
Centro de Rehabilitación Mujeres con Proposito, A.C.	24 Horas	Mujeres	Apoyo a mujeres con problemas Aa
Centro de Rehabilitación Empezando de Nuevo, A.C.	24 Horas	Hombres y mujeres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Estrechando Lazos A.C.	24 Horas	Hombres	Ayuda a personas con problemas de adicción a las drogas
CRREDA de San Luis, A.C.	24 Horas	Hombres y mujeres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Cto. Rehb. Refugio la Esperanza, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción y C VIH)
Centro de Rehabilitación CREER, A.C. No. 2	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
VITA Vivienda para el Tratamiento de las Adicciones, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción a las drogas
El Camino a la Recuperación, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Ministerios de Alcance Libertad, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Centro de rehabilitación Benito Juarez, A.C.	9:00-22:00	Hombres y mujeres	Apoyo a hombres y mujeres con problemas de adicción
Restauración Mahamain, A.C.	24 Horas	Hombres y Mujeres	Apoyo a hombres y mujeres con problemas de adicción
Cto. de Rehab. para Alcohólicos y Drogadictos	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción

Sobrevivencia			
Centro de Rehabilitación Pan de Vida, A.C.	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción a las drogas
La Roca del Alfarero, A.C.	9:00-17:00	Hombres	Rehabilitación y albergue a hombres que han consumido drogas
Instituto Nacional para drogadictos y alcohólicos, A.C.	24 Horas	Hombres y mujeres	Rehabilitación y albergue a hombres que han consumido drogas
La Última Respuesta, A.C.	24 Horas	Mujeres-adolescentes	Apoyo a personas con problema de adicción a las drogas
Organización de Terapias Intensivas, A.C. (OTI)	24 Horas	Hombres	Apoyo a personas con problemas de adicción al alcohol y las drogas
Cto. De Restauración y Ayuda Comunitaria, A.C.	24 Horas	Población en General	Atención y Rehabilitación a personas con adicciones

Anexo III

NORMA Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o., fracciones XIX, XX y XXI, 13, apartado A), fracción I, apartado B), fracción I y 133, fracción I de la Ley General de Salud; 3o., fracción XI, 38, fracción II, 40, fracción XI y 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 4o. del Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Prestación de Servicios de Atención Médica; 6o., fracción XVII y 34, fracción VI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud; 28 y 34 del Reglamento de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, y

CONSIDERANDO

Que con fecha 21 de junio de 1999, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 46, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, el Consejo Nacional contra las Adicciones presentó al Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, el anteproyecto de la presente Norma Oficial Mexicana.

Que con fecha 12 de abril de 2000, en cumplimiento de lo previsto en el artículo 47, fracción I de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** el proyecto de la presente Norma Oficial Mexicana, a efecto de que dentro de los siguientes sesenta días naturales posteriores a dicha publicación, los interesados presentaran sus comentarios al

Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades.

Las respuestas a los comentarios recibidos por el mencionado Comité, fueron publicadas previamente a la expedición de esta Norma en el **Diario Oficial de la Federación**, en los términos del artículo 47 fracción III de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización.

Que en atención a las anteriores consideraciones, contando con la aprobación del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, se expide la siguiente:

NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-028-SSA2-1999, PARA LA PREVENCIÓN, TRATAMIENTO Y CONTROL DE LAS ADICCIONES

PREFACIO

En la elaboración de esta Norma participaron las siguientes instituciones, unidades administrativas, asociaciones y organizaciones:

SECRETARIA DE SALUD

Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades

Consejo Nacional contra las Adicciones

Dirección General de Promoción de la Salud

Dirección General Adjunta de Epidemiología

Subsecretaría de Regulación y Fomento Sanitario

Dirección General de Regulación de los Servicios de Salud

Dirección de Control Sanitario de la Publicidad

Dirección General de Insumos para la Salud

Dirección General de Calidad Sanitaria de Bienes y Servicios

Dirección General de Asuntos Jurídicos

Subsecretaría de Coordinación Sectorial

Coordinación de Institutos Nacionales de Salud

Coordinación de Salud Mental

Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez"

Hospital Psiquiátrico "Dr. Juan N. Navarro"

Hospital General "Dr. Manuel Gea González"

Centro Comunitario de Salud Mental

Instituto Mexicano de Psiquiatría

Centro de Ayuda al Alcohólico y sus Familiares

Instituto Nacional de Cancerología

Instituto Nacional de Cardiología

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"

Instituto Nacional de Pediatría

Hospital General de México

Clínica de Atención a Problemas Relacionados con el Alcohol

Comisión Nacional de Arbitraje Médico

SERVICIOS ESTATALES DE SALUD

Servicios de Salud de Nayarit

Dirección de Regulación Sanitaria de Nayarit

Consejo Estatal contra las Adicciones, Aguascalientes

Consejo Estatal contra las Adicciones, Baja California

Consejo Estatal contra las Adicciones, Baja California Sur

Consejo Estatal contra las Adicciones, Campeche

Consejo Estatal contra las Adicciones, Coahuila

Consejo Estatal contra las Adicciones, Colima

Consejo Estatal contra las Adicciones, Chiapas

Consejo Estatal contra las Adicciones, Chihuahua

Consejo Estatal contra las Adicciones, Durango

Consejo Estatal contra las Adicciones, Guanajuato

Consejo Estatal contra las Adicciones, Guerrero

Consejo Estatal contra las Adicciones, Hidalgo

Consejo Estatal contra las Adicciones, Jalisco

Consejo Estatal contra las Adicciones, Estado de México

Consejo Estatal contra las Adicciones, Michoacán

Consejo Estatal contra las Adicciones, Morelos

Consejo Estatal contra las Adicciones, Nayarit

Consejo Estatal contra las Adicciones, Nuevo León

Consejo Estatal contra las Adicciones, Oaxaca

Consejo Estatal contra las Adicciones, Puebla

Consejo Estatal contra las Adicciones, Querétaro

Consejo Estatal contra las Adicciones, Quintana Roo

Consejo Estatal contra las Adicciones, San Luis Potosí

Consejo Estatal contra las Adicciones, Sinaloa

Consejo Estatal contra las Adicciones, Sonora

Consejo Estatal contra las Adicciones, Tabasco

Consejo Estatal contra las Adicciones, Tamaulipas

Consejo Estatal contra las Adicciones, Tlaxcala

Consejo Estatal contra las Adicciones, Veracruz

Consejo Estatal contra las Adicciones, Yucatán

Consejo Estatal contra las Adicciones, Zacatecas

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO

COMISION NACIONAL DE DERECHOS HUMANOS

Dirección General de Asuntos Jurídicos

SECRETARIA DE EDUCACION PUBLICA

Programa de Educación Preventiva Contra las Adicciones

SECRETARIA DE LA DEFENSA NACIONAL

Hospital Central Militar

PROCURADURIA GENERAL DE LA REPUBLICA

Instituto Nacional de Ciencias Penales

Dirección General de Normatividad Técnico Penal

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Dirección General de Servicios Médicos

UNIVERSIDAD VERACRUZANA

PETROLEOS MEXICANOS

Comisión de Normalización

GOBIERNO DEL DISTRITO FEDERAL

Fideicomiso de los Institutos para la Atención de Niños de la Calle y las Adicciones

Centros Toxicológicos "Jóvenes por la Salud"

ASOCIACION PSIQUIATRICA MEXICANA, A.C.

ASOCIACION NACIONAL DE HOSPITALES PRIVADOS, A.C.

HOSPITAL INGLES ABC

HOSPITAL MEDICA SUR

ASOCIACION MEXICANA DE LUCHA CONTRA EL CANCER, A.C.

INSTITUTO MEXICANO DE LA JUVENTUD

INSTITUTO DE EDUCACION PREVENTIVA Y ATENCION DE RIESGOS, A.C.

ASOCIACION CIVIL FILANTROPICA Y EDUCATIVA "PLAN PARA DEJAR DE FUMAR EN CINCO DIAS"

GRUPO CATALIZADOR

CENTRAL MEXICANA DE SERVICIOS GENERALES DE ALCOHOLICOS ANONIMOS, A.C.

CENTRO CONTRA LAS ADICCIONES, FUNDACION "AMA LA VIDA", I.A.P.

CENTRO DE REHABILITACION TERAPEUTICA PARA LAS ADICCIONES, A.C.

CENTRO DE ESTUDIOS SOBRE ALCOHOL Y ALCOHOLISMO, A.C.

CENTROS DE INTEGRACION JUVENIL, A.C.

CENTRO PARA LA INTEGRACION DE ADICTOS "MONTE FENIX"

COMITE DE LUCHA CONTRA LA TUBERCULOSIS Y ENFERMEDADES DEL APARATO RESPIRATORIO

COMITE REGIONAL MEXICANO DE SERVICIOS DE NARCOTICOS ANONIMOS, A.C.

DROGADICTOS ANONIMOS, A.C.

FUNDACION DE INVESTIGACIONES SOCIALES, A.C.

GRUPO "COMPAÑEROS UNO", I.A.P.

GRUPOS JOVENES, A.A., A.C.

JUNTA DE SERVICIOS GENERALES DE A.A., A.C. SECCION MEXICO

OFICINA CENTRAL DE SERVICIOS DE GRUPOS 24 HORAS DE A.A., Y TERAPIA INTENSIVA, A.C.

INDICE

0. Introducción

1. Objetivo y campo de aplicación

2. Referencias

3. Definiciones

4. Símbolos y abreviaturas

5. Generalidades

6. Prevención

7. Detección temprana

8. Referencia de casos

9. Tratamiento

10. Investigación

11. Vigilancia epidemiológica de las adicciones

12. Seguimiento y evaluación

13. Capacitación y enseñanza

14. Bibliografía

15. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

16. Observancia de la norma

17. Vigencia

18. Apéndice "A"

Apéndice "B"

Apéndice "C"

0. Introducción

El uso, abuso y dependencia al tabaco; el abuso y la dependencia a las bebidas alcohólicas y el uso, abuso y dependencia a otras sustancias psicoactivas o psicotrópicas, de empleo lícito o ilícito, constituyen un grave problema de salud pública y tienen además, importantes consecuencias negativas que trascienden en el ámbito de la salud individual y repercuten en la familia, en la escuela, en el trabajo y en la sociedad.

Diversos estudios y sistemas de información y vigilancia, dan cuenta de la magnitud y de las tendencias del uso y abuso de tales sustancias en nuestro país, lo que ha permitido establecer que el abuso de bebidas alcohólicas y el alcoholismo constituyen nuestra problemática más importante, seguida por el tabaquismo y el consumo de otras sustancias psicoactivas.

En el caso de las bebidas alcohólicas, la población juvenil bebe a edades cada vez más tempranas, y su consumo excesivo repercute en los índices de morbi-mortalidad y en el costo social. En relación al tabaquismo, es innegable la asociación directa e indirecta del consumo del tabaco y sus productos, con graves padecimientos de alta letalidad, así como su impacto familiar, laboral, social y económico. En cuanto a la adicción a sustancias psicoactivas ilícitas, tiene una dinámica diferente por la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, formas de uso y patrones de consumo que han aparecido recientemente, y se presenta de manera fundamental en zonas urbanas, con marcadas diferencias regionales. Además, el uso de unas sustancias aumenta el riesgo del consumo de otras.

Entre los problemas asociados al abuso de bebidas alcohólicas y alcoholismo se pueden citar: accidentes y conducta violenta, cirrosis hepática, conducta sexual riesgosa, síndrome alcohólico-fetal, trastornos mentales y de la conducta. En el caso del tabaco: cáncer pulmonar y de otros órganos, enfermedades cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica,

enfermedades vasculares cerebrales y problemas perinatales, entre otros. El uso y abuso de otras sustancias psicoactivas conlleva a la aparición de problemas psicosociales y psiquiátricos, enfermedades de transmisión sexual, criminalidad, lesiones por causa externa, alteraciones en la gestación (retraso en el crecimiento intrauterino, abortos, parto pretérmino y muerte fetal, entre otros), síndrome de abstinencia en el neonato, cambios a nivel neuronal y muerte súbita, entre otros.

El uso y abuso de otras sustancias psicoactivas, representan una preocupación creciente para el gobierno federal, las entidades federativas y la sociedad en general. Esta problemática exige contar con una variedad de recursos humanos y técnicos, así como con la coordinación de las instituciones y programas disponibles en el país, de tal modo que permita implantar estrategias y acciones de investigación, prevención, tratamiento, normatividad y legislación, así como de sensibilización y capacitación, para garantizar que las acciones beneficien a la población.

Asimismo, para asegurar un nivel de calidad adecuado en la prestación de los servicios que permita finalmente, reducir la incidencia y prevalencia del uso y abuso de sustancias adictivas, así como la morbi-mortalidad asociadas, se requiere establecer las condiciones y requisitos mínimos indispensables que regulen la prestación de los mismos.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1 Esta Norma Oficial Mexicana tiene por objeto establecer los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.

1.2 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 y de control de las adicciones.

2. Referencias

Para la correcta aplicación de esta Norma, es necesario consultar las siguientes Normas Oficiales Mexicanas:

2.1 NOM-001-SSA1-1993, Que instituye el procedimiento por el cual se revisará, actualizará y editará la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos.

2.2 NOM-025-SSA2-1994, Para la prestación de servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica.

2.3 NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

2.4 NOM-009-SSA2-1993, Para el fomento de la salud del escolar.

2.5 NOM-017-SSA2-1994, Para la vigilancia epidemiológica.

2.6 NOM-168-SSA1-1998, Del expediente clínico.

3. Definiciones

Para efectos de esta Norma Oficial Mexicana, se entiende por:

3.1 Adicción o dependencia, al conjunto de fenómenos del comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de una sustancia psicoactiva.

3.2 Adicto o farmacodependiente, a la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas.

3.3 Adicto en recuperación, a la persona que ha dejado de utilizar sustancias psicoactivas y está en un proceso de reinserción social.

3.4 Alcoholismo, al síndrome de dependencia o adicción al alcohol etílico.

3.4.1 Bebida alcohólica, a aquella que contenga alcohol etílico en una proporción de 2% y hasta 55% en volumen.

3.5 Atención médica, al conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de proteger, promover y restaurar su salud.

3.6 Co-morbilidad, a la presencia de 2 o más trastornos en un mismo individuo.

3.7 Comunicación educativa, al proceso basado en el desarrollo de esquemas novedosos y creativos de comunicación que se sustentan en técnicas de mercadotecnia social, que permiten la producción y difusión en mensajes gráficos y audiovisuales de alto impacto, con el fin de reforzar los conocimientos en salud y promover conductas saludables en la población.

3.8 Comunidad terapéutica, a la modalidad de tratamiento residencial, para la rehabilitación de adictos, en la que se intenta reproducir la sociedad exterior para hacer posible su reinserción social, a través del apoyo mutuo. Generalmente están operadas por un equipo mixto de adictos en recuperación y profesionales.

3.9 Consentimiento informado, al acuerdo por escrito, mediante el cual la o el usuario del servicio, familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, autoriza su participación en la investigación o tratamiento, con pleno conocimiento de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, por libre elección y sin coacción alguna.

3.10 Consumo de sustancias psicoactivas, al rubro genérico que agrupa diversos patrones de uso y abuso de éstas sustancias, ya sean medicamentos o tóxicos naturales, químicos o sintéticos.

3.10.1 Consumo perjudicial, uso nocivo o abuso de sustancias psicoactivas, al patrón de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotrópicas por vía parenteral) o mental como por ejemplo los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol. Se requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia psicoactiva.

3.11 Delirium, al estado mental agudo, reversible, caracterizado por confusión y conciencia alterada, y posiblemente fluctuante, debido a una alteración de metabolismo cerebral.

3.12 Educación para la salud, al proceso de enseñanza aprendizaje que permite mediante el intercambio y análisis de la información, desarrollar habilidades y cambiar actitudes encaminadas a modificar comportamientos para cuidar la salud individual, familiar y colectiva.

3.13 Encargado, a la persona responsable del establecimiento o del tratamiento de las o los usuarios.

3.14 Establecimiento, a todo aquel lugar, público, social o privado, cualquiera que sea su denominación, fijo o móvil en el que se presten servicios de prevención, tratamiento y control a personas con problemas de consumo de sustancias psicoactivas.

3.15 Estilo de vida, al conjunto de patrones de comportamiento que define e identifica a una persona o un grupo, a través de lo que hace y expresa, y que se genera en la familia, la escuela y otros sitios de convivencia mediante la socialización, proceso diario en el que se interactúa con los padres, las autoridades y la comunidad.

3.16 Factores protectores, a los rasgos individuales, familiares y elementos socioculturales, que eliminan, disminuyen o neutralizan el riesgo de que un individuo inicie o continúe un proceso adictivo.

3.17 Factor de riesgo, al atributo o exposición de una persona o población, que están asociados a una probabilidad mayor del uso y abuso de sustancias psicoactivas.

3.18 Farmacodependencia o drogadicción, a la dependencia o adicción, a una o más sustancias psicoactivas. Ver dependencia.

3.19 Grupo de ayuda mutua, a la agrupación que ofrece servicios gratuitos, integrada por adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al

adicto con base en la experiencia compartida de los miembros del grupo, para lograr la abstinencia de sustancias psicoactivas.

3.20 Grupo de alto riesgo, a aquél en los que se ha demostrado, a través de diversas investigaciones y estudios, que, por sus características biopsicosociales, tienen mayor probabilidad de uso, abuso o dependencia a sustancias psicoactivas, ejemplo: niños y adolescentes de y en la calle.

3.21 Intoxicación aguda, al estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da lugar a perturbaciones en el nivel de la conciencia, en lo cognoscitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas.

3.22 Participación comunitaria, al proceso de integración y coordinación de los miembros de una comunidad, para intervenir en la identificación y solución de problemas comunes.

3.23 Participación social, al proceso que permite involucrar a la población, a las autoridades locales, a las instituciones públicas y a los sectores social y privado en la planeación, programación, ejecución y evaluación de los programas y acciones de salud, con el propósito de lograr un mayor impacto y fortalecer el Sistema Nacional de Salud.

3.24 Patrón de consumo o historia de consumo, al conjunto de factores que determinan una forma particular de uso: tipo de sustancia(s) psicoactiva(s) de impacto, de inicio, edad de inicio, frecuencia, cantidad, vía de administración, tiempo de exposición, episodios de consumo e intoxicación, contexto del consumo y problemas asociados.

3.25 Prevención, al conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo no médico de sustancias psicoactivas, disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al uso de estas sustancias.

3.26 Promoción de la salud, a las acciones que se realizan con el objeto de crear, conservar y mejorar las condiciones deseables de salud para toda la población y propiciar en el individuo las actitudes, valores y conductas

adecuadas para motivar su participación en beneficio de la salud individual y colectiva.

3.27 Recuperación, al estado de abstinencia que conlleva un mejoramiento en todas las áreas de la vida del sujeto.

3.28 Rehabilitación del adicto, al proceso por el cual un individuo con un trastorno de uso de sustancias psicoactivas alcanza un estado óptimo de salud, funcionamiento psicológico y bienestar social.

3.29 Reinserción social, al conjunto de acciones dirigidas a promover un estilo de vida mejor al de quien usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, y a lograr un mejor funcionamiento interpersonal y social.

3.30 Síndrome de abstinencia o de supresión, al grupo de síntomas y signos, cuya gravedad es variable, que aparece durante la suspensión brusca, total o parcial, del consumo de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente, o del consumo de altas dosis de la misma.

3.31 Síndrome de dependencia, al conjunto de signos y síntomas de orden cognoscitivo, conductual y fisiológico, que evidencian la pérdida de control de la persona sobre el consumo habitual de las sustancias psicoactivas.

3.32 Sustancia psicoactiva, psicotrópica o droga, a la sustancia que altera algunas funciones mentales y a veces físicas, que al ser consumida reiteradamente tiene la posibilidad de dar origen a una adicción. Estos productos incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, así como el tabaco y las bebidas alcohólicas.

3.33 Tabaco, a la planta "Nicotina Tabacum" y sus sucedáneos, en su forma natural o modificada, en las diferentes presentaciones, que se utilizan para fumar, masticar o aspirar y cuya sustancia activa es la nicotina.

3.34 Tabaquismo, a la dependencia o adicción al tabaco.

3.35 Trastornos o problemas relacionados con el uso y abuso de sustancias psicoactivas, a los efectos negativos, físicos, psicológicos y sociales estrechamente asociados al consumo agudo o crónico.

3.36 Tratamiento, al conjunto de acciones que tienen por objeto conseguir la abstinencia y, en su caso, la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, e incrementar el grado de bienestar físico, mental y social, tanto del que usa, abusa o depende de sustancias psicoactivas, como de su familia.

3.37 Usuario, a toda aquella persona que requiera y obtenga la prestación de cualquier tipo de servicio relacionado con el uso, abuso o dependencia de sustancias psicotrópicas.

4. Símbolos y abreviaturas

El significado de los símbolos y abreviaturas utilizados en esta Norma es el siguiente:

A.A. Alcohólicos Anónimos.

CECA Consejo Estatal contra las Adicciones.

CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades, Décima Revisión.

CONADIC Consejo Nacional contra las Adicciones.

LSD Dietilamina del Acido Lisérgico.

NOM Norma Oficial Mexicana.

SISVEA Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones.

SNS Sistema Nacional de Salud.

SSA Secretaría de Salud.

OMS Organización Mundial de la Salud.

ONU Organización de las Naciones Unidas.

OPS Organización Panamericana de la Salud.

5. Generalidades

5.1 Para el diagnóstico de la adicción o dependencia sólo debe hacerse si en algún momento durante los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

5.1.1 Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia psicoactiva.

5.1.2 Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia psicoactiva, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo.

5.1.3 Cuando se presente síndrome de abstinencia.

5.1.4 Cuando se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia psicoactiva para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (tolerancia).

5.1.5 Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia psicoactiva, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia psicoactiva o para recuperarse de sus efectos.

5.1.6 Persistencia en el consumo de la sustancia psicoactiva a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de bebidas alcohólicas, estados de ánimo depresivos consecutivos a periodos de consumo elevado de una sustancia psicoactiva o deterioro cognitivo secundario al consumo de la misma. Debe investigarse a fondo si la persona que consuma la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.

5.2. Problemas sociales: psicológicos y de salud, entre otros.

5.3 Clasificación de trastornos por tipo de sustancia psicoactiva:

5.3.1 De conformidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) OMS-OPS, este grupo incluye un conjunto de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero, todos, atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas.

5.3.1.1 Los trastornos debidos al uso de sustancias psicoactivas, se clasifican como sigue:

5.3.1.1.1 F10. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de alcohol.

5.3.1.1.2 F11. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de opioides.

5.3.1.1.3 F12. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de cannabinoides.

5.3.1.1.4 F13. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de sedantes o hipnóticos.

5.3.1.1.5 F14. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de cocaína.

5.3.1.1.6 F15. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de otros estimulantes, incluida la cafeína.

5.3.1.1.7 F16. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de alucinógenos.

5.3.1.1.8 F17. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de tabaco.

5.3.1.1.9 F18. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de disolventes volátiles.

5.3.1.1.10 F19. Trastornos mentales y del comportamiento, debidos al consumo de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas.

5.3.1.2 Con motivo de ubicar el trastorno mental y del comportamiento a diagnosticar en forma más específica, así como su manejo, se deberá establecer el subtipo competente de los numerales 5.3.1.1.1 al 5.3.1.1.10, agregándose al o los elegidos anteriormente, los siguientes:

5.3.1.2.1 0 Intoxicación aguda.

5.3.1.2.2 1 Uso nocivo o consumo perjudicial.

5.3.1.2.3 2 Síndrome de dependencia.

5.3.1.2.4 3 Estado de abstinencia.

5.3.1.2.5 4 Estado de abstinencia con delirio.

5.3.1.2.6 5 Trastorno psicótico.

5.3.1.2.7 6 Síndrome amnésico.

5.3.1.2.8 7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío.

5.3.1.2.9 8 Otros trastornos mentales y del comportamiento.

5.3.1.2.10 9 Trastorno mental y del comportamiento, no especificado.

5.3.2 De acuerdo con la CIE-10, la identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad posible de fuentes de información. Estas incluyen: informe de la o el usuario; análisis de la sangre y otros fluidos corporales; síntomas característicos físicos y psicológicos; signos clínicos y del comportamiento y otras evidencias, como la sustancia psicoactiva que posee la o el usuario, o declaraciones de terceras personas bien informadas.

5.3.3 En el caso de quienes consumen varias sustancias psicoactivas a un mismo tiempo, el diagnóstico principal deberá clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de éstas que ha causado o ha

contribuido más al síndrome clínico que se presente. Los demás diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras sustancias psicoactivas o psicotrópicas en cantidades tóxicas, o en cantidades suficientes para causar daño, dependencia u otros trastornos.

5.3.4 Sólo debe usarse el código de diagnóstico de trastorno resultante del uso de múltiples sustancias psicoactivas o psicotrópicas (F19), en aquellos casos en los cuales los patrones de uso de sustancias psicoactivas o psicotrópicas son caóticos e indiscriminados, o en los que las contribuciones de diferentes sustancias psicoactivas o psicotrópicas están mezcladas inseparablemente.

5.3.5 Con fines de diagnóstico se deben utilizar los criterios de la CIE-10, antes mencionados, o en su caso la Cédula de Indicadores para medir Dependencia a Sustancias psicoactivas, incluida en el Apéndice A de esta Norma.

5.4 De las o los usuarios:

5.4.1 Toda medicación suministrada a una o un usuario debe ser prescrita por un médico, y ello debe ser registrado en el expediente clínico o en la hoja de ingreso del usuario.

5.4.1.1. Toda usuaria o 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 en los horarios prescritos, pudiendo ser interrumpidos previa valoración médica.

5.4.2 La alimentación suministrada a las o los usuarios debe ser balanceada, de buen sabor y aspecto, en cantidad suficiente para una adecuada nutrición, y servida en utensilios higiénicos, de acuerdo al estado de salud de la o el usuario.

5.4.3 La información proporcionada por la o el usuario y/o familiares, así como la consignada por escrito en su hoja de registro o expediente, según sea el caso, deberá manejarse bajo las normas de la confidencialidad y del secreto profesional vigentes.

5.4.4 La información sobre el proceso del tratamiento no se revelará a individuo o autoridad alguna, si no es con el consentimiento escrito de la o el usuario o salvo los casos previstos por la ley.

5.4.5 No se permitirán grabaciones de audio o video en modalidad alguna de tratamiento, sin explicar su finalidad y previo consentimiento informado y por escrito de la o el usuario, familiar más cercano en vínculo, tutor, curador y en su caso representante legal.

5.5. De los establecimientos

5.5.1. El establecimiento debe contar con un directorio de instituciones y servicios para la referencia o canalización de las o los usuarios en situaciones de urgencia.

6. Prevención

Prevención es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir el consumo de sustancias psicoactivas, a disminuir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de dichas sustancias.

6.1 Para realizar las acciones de prevención, es necesario tomar en cuenta: la percepción de riesgo de consumo de sustancias en general, la sustancia psicoactiva de uso; las características de los individuos; los patrones de consumo; los problemas asociados; así como los aspectos culturales y las tradiciones de los distintos grupos sociales.

6.2 Las acciones de prevención deben llevarse a cabo en los establecimientos, de acuerdo a las siguientes especificaciones:

6.2.1 En materia de promoción de la salud se deberá:

6.2.1.1 Fortalecer la responsabilidad social, la autogestión y el autocuidado de la salud, fomentando la conformación de estilos de vida y entornos saludables que permitan desarrollar al máximo el potencial de cada persona, propiciando condiciones que eleven la calidad de vida de las familias y de las comunidades.

6.2.1.2 Asumir los objetivos de la educación para la salud y la promoción de la participación social, orientadas a formar conciencia y responsabilidad, así como a promover la salud integral entre la población.

6.2.1.3 Llevarla a cabo, con énfasis en los ámbitos escolar, familiar y laboral, especialmente, en los grupos de alto riesgo.

6.2.2 En materia de educación para la salud se deberá:

6.2.2.1 Informar sobre el consumo de sustancias psicoactivas y las adicciones como problema de salud pública, su impacto y su consecuencia.

6.2.2.2 Informar sobre factores protectores y evitar los factores de riesgo en torno a las adicciones.

6.2.2.3 Promover la participación activa de los diversos grupos sociales en la planeación, ejecución y evaluación de actividades preventivas en lo referente a las adicciones.

6.2.2.4 Orientar sobre medidas preventivas y conductas responsables, para evitar y, en su caso, reducir el consumo de sustancias psicoactivas.

6.2.2.5 Desarrollar programas educativos encaminados a influir positivamente en la formación integral del individuo, y a promover estilos de vida saludables y entornos saludables.

6.2.2.6 Informar y orientar sobre adicciones, particularmente en grupos de alto riesgo.

6.2.2.7 Orientar, educar y alentar a solicitar de manera oportuna la atención para personas que consumen sustancias psicoactivas.

6.2.2.8 Promover el desarrollo de factores protectores a nivel personal, escolar, familiar, laboral y colectivo para prevenir el consumo de sustancias psicoactivas.

6.2.3 En materia de participación social y comunitaria se deberá:

6.2.3.1 Establecer comunicación entre los sectores, grupos, autoridades y líderes de la comunidad, de tal manera que permita y favorezca la realización de acciones coordinadas y permanentes.

6.2.3.2 Impulsar la integración o consolidación de grupos entre la comunidad, para prevenir el uso indebido de sustancias psicoactivas.

6.2.3.3 Promover que grupos representativos de la comunidad se capaciten y participen voluntariamente en actividades preventivas y de promoción de la salud, especialmente juveniles.

6.2.3.4 Promover la participación activa de la comunidad para que, con base en el conocimiento de la normatividad vigente, coadyuve en la vigilancia y cumplimiento de la misma.

6.2.3.5 Gestionar apoyos diversos, de organizaciones públicas y privadas, para la ejecución de diferentes acciones encaminadas a favorecer el desarrollo integral de menores de edad y jóvenes, así como a desalentar el uso de sustancias psicoactivas.

6.2.4 En materia de comunicación educativa se deberá:

6.2.4.1 Promover que las actividades de comunicación masiva, grupal e interpersonal, sobre prevención de las adicciones, formen parte de un programa integral de educación para la salud y de promoción a la misma.

6.2.4.2 Ofrecer una visión integral y objetiva del problema, así como informar sobre las alternativas para su atención preventiva, terapéutica y rehabilitatoria.

6.2.4.3 Diseñar, elaborar, difundir y evaluar campañas que promuevan la sensibilización de la comunidad y su participación en acciones preventivas del uso indebido de sustancias psicoactivas, evitando el uso de mensajes falsos y los que distorsionan la información objetiva.

6.2.4.4 Divulgar información sobre las conductas de riesgo, producto del uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, y respecto a los factores protectores para prevenirlas.

6.2.4.5 Vincular las acciones de difusión con programas preventivos y de atención, generando mecanismos que permitan, tanto la resolución de dudas, como el apoyo interpersonal.

6.2.4.6 Vigilar que los medios utilizados en la difusión de los mensajes sean los más adecuados, en cuanto a horario, frecuencia y tipo, para la población definida como objetivo.

6.2.4.7 Definir los contenidos de los mensajes, de tal manera que:

6.2.4.7.1 Sean claros, específicos y verídicos.

6.2.4.7.2 Se dirijan a las necesidades, intereses y características de la población objetivo.

6.2.4.7.3 No muestren la forma de administración de sustancias psicoactivas, ni a personas consumiéndolas.

6.2.4.7.4 Motiven la participación y toma de conciencia en acciones preventivas.

6.2.4.7.5 Difundan datos actualizados, confiables y fundamentados, que eviten exageraciones.

6.2.4.8 Solicitar la opinión técnica y en su caso, la aprobación del CONADIC para las campañas en medios masivos, que se planeen instrumentar.

7. Detección temprana

Es una estrategia terapéutica, que combina la identificación de los riesgos o daños ocasionados por el consumo de sustancias psicoactivas, y el tratamiento oportuno de los mismos.

7.1 Debe realizarse particularmente con aquellos individuos que aún no presentan síndrome de dependencia, ni severidad en los trastornos asociados al consumo.

7.2. Puede llevarse a cabo de dos maneras:

7.2.1 En los ámbitos familiar, laboral, escolar y comunitario, mediante la observación o un sondeo general, así como en el ejercicio de las funciones de procuración de justicia, a fin de identificar oportunamente el consumo de sustancias psicoactivas, o

7.2.2 En los establecimientos, a través de cuestionarios y preguntas sobre el uso de sustancias psicoactivas; en la historia clínica, o mediante el examen físico y el uso de pruebas auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

8. Referencia de casos

8.1 Cuando los recursos del establecimiento no permitan la atención del problema de la o el usuario, se deberá enviar a otro establecimiento en el que se asegure su tratamiento, debiendo cumplir con los requisitos del establecimiento al que será remitido, tomando en cuenta el tipo de sustancia utilizada, edad, género, patrones de consumo, síndrome de dependencia de las sustancias psicoactivas y problemas asociados al consumo.

8.2 El encargado deberá elaborar la hoja de referencia competente la cual debe contener:

8.2.1 Datos generales del establecimiento que refiere.

8.2.2 Datos del establecimiento receptor.

8.2.3 Resumen del caso que incluya:

8.2.3.1 Motivo de envío.

8.2.3.2 Tratamiento empleado si lo hubiera.

8.2.3.3 Nombre completo y firma del responsable que realiza la referencia.

8.3 El establecimiento debe fomentar el compromiso del familiar más cercano en vínculo o, en su caso, del representante legal, en la atención de la o el usuario.

9. Tratamiento

El objetivo del tratamiento en adicciones es el logro y mantenimiento de la abstinencia y el fomento de estilos de vida saludables.

9.1 Consideraciones generales:

9.1.1 La atención debe brindarse en forma ambulatoria o bajo la modalidad de internamiento, a través del modelo profesional, el de ayuda mutua, el mixto o modelos alternativos.

9.1.1.1 El modelo profesional ofrece diferentes servicios de atención, a través de consulta externa, urgencias y hospitalización, y está manejado por profesionales de la salud.

9.1.1.2 El modelo de ayuda mutua es ofrecido por agrupaciones de adictos en recuperación, cuyo propósito fundamental es apoyar al adicto en la resolución de su problema. Los programas de ayuda mutua más comúnmente utilizados tienen su fundamento en los llamados "Doce Pasos de A. A.", que utilizan diferentes agrupaciones. Con este modelo se trata de incidir, tanto en la conducta como en los problemas existenciales y emocionales del adicto. Subyace la idea de pertenecer a un grupo y practicar los "Doce Pasos", se caracteriza por no ofrecer servicios profesionales de atención.

9.1.1.3 El modelo mixto deberá ofrecer servicios profesionales de tratamiento y de ayuda mutua en diversos establecimientos, tales como: clínicas, comunidades terapéuticas y casas de medio camino.

9.1.1.4 Otros modelos alternativos son aquellos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica de la o el usuario.

9.1.2 Los servicios de tratamiento deben brindarse en establecimientos especializados en la atención de las adicciones, y en establecimientos que ofrecen servicios generales de salud.

9.1.2.1 Se entiende por establecimientos especializados en adicciones, aquéllos en los que con el modelo profesional, con el de ayuda mutua y el mixto, proporcionan servicios para la atención específica de personas con adicción a sustancias psicoactivas y, en su caso, de sus complicaciones.

9.1.2.2 Los establecimientos que ofrecen servicios generales de salud, son aquellos que brindan servicios de atención médica no especializada en adicciones.

9.1.3 Los establecimientos especializados en la atención de las adicciones deben:

9.1.3.1 Ofrecer los servicios ambulatorios o de internamiento, de acuerdo con la capacidad resolutive de los mismos.

9.1.3.2 Iniciar el proceso del tratamiento y la rehabilitación de la o el usuario, incluyendo programas de prevención de recaídas, además de sensibilizar e involucrar a la familia.

9.1.3.3 Realizar visita domiciliaria o llamada telefónica, si el establecimiento cuenta con los recursos materiales y humanos capacitados para localizar a las o los usuarios que hayan abandonado su tratamiento o recaído en su adicción.

9.1.4 Los establecimientos que ofrecen servicios generales de salud, deben:

9.1.4.1 Atender las complicaciones asociadas al consumo, de acuerdo con la capacidad resolutive del establecimiento.

9.1.4.2 Explorar los patrones de consumo de sustancias psicoactivas y su vinculación con el motivo de consulta, en los servicios ambulatorios, de urgencias y hospitalización.

9.1.4.3 Motivar a la o el usuario a través del consejo médico, o de otro profesional de la salud para que tome conciencia sobre la necesidad de evitar el consumo de sustancias psicoactivas e iniciar el tratamiento.

9.1.4.4 Hacer la referencia de la o el usuario, a establecimientos especializados en la atención de adicciones cuando proceda.

9.2 Para el tratamiento del tabaquismo, los establecimientos especializados que operan bajo el modelo profesional o mixto, deben apegarse a las siguientes especificaciones:

9.2.1 El proceso de atención ambulatoria se debe realizar de acuerdo a las siguientes actividades:

9.2.1.1 Abrir expediente clínico.

9.2.1.2 Elaborar historia clínica.

9.2.1.3 Hacer valoración clínica del caso y elaborar la nota competente.

9.2.1.3.1 Investigar si la usuaria está embarazada, en periodo de lactancia, convive con infantes o con mujeres embarazadas.

9.2.1.4 Solicitar auxiliares de diagnóstico y tratamiento, según sea el caso.

9.2.1.5 Elaborar diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

9.2.1.5.1 Si el plan de tratamiento incluye el empleo de productos sustitutos que requieran receta médica, éstos deben ser prescritos por el responsable médico del caso.

9.2.1.6 La identificación de patologías asociadas a la dependencia del tabaco debe comprender: brindar información, dar tratamiento, requerir interconsulta o bien referir a la o el usuario.

9.2.2 Los establecimientos que operen con el modelo de ayuda mutua para la atención del tabaquismo, deben referir a tratamiento médico a las o los adictos al tabaco, siempre que presenten complicaciones médicas que requieran atención profesional.

9.2.3 El personal de salud debe explorar el patrón de consumo y su vinculación con el motivo de la consulta, ya que la o el usuario no siempre acude porque quiera abandonar la adicción al tabaco.

9.2.4 En los establecimientos que ofrecen servicios generales de salud se debe promover:

9.2.4.1 Que el tabaquismo es un problema de salud en sí mismo y un factor importante de riesgo, que es considerado como patología actual.

9.2.4.2 Que este padecimiento, puede estar asociado a otros trastornos médicos y psicológicos, que también requieren atención.

9.2.4.3 Que la o el usuario, a través del consejo médico o de otro profesional de la salud, tome conciencia sobre la importancia de disminuir hasta abandonar el consumo de tabaco.

9.3 Para el tratamiento de las personas que abusan o son adictas a las bebidas alcohólicas, abusan o son adictas a otras sustancias psicoactivas que no sea el tabaco, los establecimientos especializados que operan bajo el modelo profesional o mixto deben apearse a los siguientes lineamientos:

9.3.1 Los servicios de consulta externa, deben llevarse a cabo de acuerdo a los siguientes procedimientos:

9.3.1.1 Abrir expediente clínico.

9.3.1.2 Elaborar historia clínica.

9.3.1.3 Hacer valoración clínica del caso y elaborar la nota competente.

9.3.1.4 Solicitar auxiliares de diagnóstico y tratamiento, según sea el caso.

9.3.1.5 Elaborar diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento.

9.3.1.6 Promover y guiar la participación de la familia en el proceso.

9.3.1.7 Elaborar nota de evolución y realizar seguimiento.

9.3.1.8 De ser necesario, enviar a interconsulta, o a internamiento.

9.3.1.9 Si no se cuenta con la capacidad resolutive suficiente, referir el caso a otro establecimiento, para el tratamiento de su adicción o de las complicaciones asociadas.

9.3.1.10 Elaborar hoja de referencia.

9.3.2 El servicio de internamiento se brindará a las o los usuarios que así lo requieran, cuando presenten trastornos asociados al consumo de sustancias psicoactivas, de acuerdo con las características clínicas del caso y a través de las siguientes acciones:

9.3.2.1 Al ingreso se deberá:

9.3.2.1.1 Practicar examen clínico.

9.3.2.1.2 Llenar el formato de ingreso, firmado por la o el usuario y, por su familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, de acuerdo con los requisitos establecidos.

9.3.2.1.3 Elaborar historia clínica.

9.3.2.1.4 Solicitar los auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

9.3.2.2 En la estancia se deberá:

9.3.2.2.1 Interpretar los resultados de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento.

9.3.2.2.2 Solicitar las interconsultas necesarias.

9.3.2.2.3 Establecer diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, antes de las 48 horas posteriores al ingreso de la o el usuario.

9.3.2.2.4 Elaborar la nota de evolución correspondiente.

9.3.2.3 Al egreso se deberá:

9.3.2.3.1 Valorar el estado clínico.

9.3.2.3.2 Ratificar o rectificar el diagnóstico.

9.3.2.3.3 Elaborar pronóstico.

9.3.2.3.4 Referir, de ser necesario, a otro establecimiento especializado para el tratamiento de las adicciones.

9.3.2.3.5 Elaborar la nota clínica de egreso, informando a la o el usuario, familiar más cercano en vínculo, o en su caso, representante legal, el plan de egreso.

9.3.2.3.6 Si la o el usuario abandonase el tratamiento sin autorización médica, esto deberá ser notificado en forma inmediata por el personal del establecimiento al familiar más cercano en vínculo, al representante legal o, en su caso, a la instancia legal o autoridad competente.

9.3.3 Los establecimientos especializados que operan bajo el modelo de ayuda mutua para la atención de las personas que usan o abusan de sustancias psicoactivas, brindan servicios en dos modalidades: la no residencial, y la residencial.

9.3.3.1 La modalidad no residencial consiste en llevar a cabo reuniones en las que se transmite el mensaje de recuperación y se realizan actividades de rehabilitación. Los grupos de ayuda mutua que ofrezcan servicios bajo esta modalidad deberán:

9.3.3.1.1 Contar con un encargado del establecimiento.

9.3.3.1.2 En caso de que alguna persona acuda al establecimiento en estado de intoxicación o en síndrome de abstinencia o de supresión, referirla inmediatamente a un establecimiento que preste servicios de atención profesional.

9.3.3.1.3 Referir a la o el usuario a servicios profesionales, cuando se presente co-morbilidad médica que requiera tal atención.

9.3.3.1.4 Llevar un registro individualizado de las actividades realizadas.

9.3.3.2 La modalidad residencial ofrece la posibilidad de alojar a las o los usuarios de los servicios en establecimientos, mismos que deben cumplir con los siguientes requisitos:

9.3.3.2.1 Disposiciones generales.

9.3.3.2.1.1 Contar con un encargado del establecimiento.

9.3.3.2.1.2 Contar con lineamientos y disposiciones por escrito, del proceso de recuperación al que se va a incorporar a la o el usuario, y sobre el funcionamiento del establecimiento.

9.3.3.2.1.3 Explicar con detalle y claridad, tanto a la o el usuario como a su familiar más cercano en vínculo, las condiciones del establecimiento, días y horarios de visita.

9.3.3.2.1.4 El ingreso y la permanencia del usuario en el establecimiento deberán ser estrictamente voluntarios.

9.3.3.2.2 Al ingreso se deberá:

9.3.3.2.2.1 Realizar a toda persona una revisión física, sin que se atente contra su integridad y de ser posible, en presencia de un familiar o, en su caso, representante legal, para detectar golpes o heridas que requieran la atención inmediata de un médico, e informar a la autoridad competente.

9.3.3.2.2.2 En caso de que alguna persona acuda al establecimiento con un grado severo de intoxicación o con síndrome de abstinencia o de supresión, se deberá referir inmediatamente a servicios de atención profesional.

9.3.3.2.2.3 El encargado del establecimiento debe indagar si la persona está embarazada, tiene algún padecimiento grave, complicaciones físicas,

psiquiátricas, o enfermedad contagiosa, con la finalidad de tomar las provisiones necesarias para su atención y su referencia.

9.3.3.2.2.4 Toda usuaria o usuario que ingrese al establecimiento, debe ser valorado por un médico.

9.3.3.2.2.5 El encargado del establecimiento deberá llenar una hoja de ingreso, o reingreso de cada persona.

9.3.3.2.2.6 La hoja de ingreso o reingreso debe consignar:

9.3.3.2.2.6.1 Fecha y hora.

9.3.3.2.2.6.2 Datos generales de la o el usuario.

9.3.3.2.2.6.3 Enfermedades actuales.

9.3.3.2.2.6.4 Datos del familiar más cercano en vínculo firmado por la o el usuario o, en su caso, representante legal que lo acompaña.

9.3.3.2.2.6.5 Breve descripción del estado de salud general de la o el usuario.

9.3.3.2.2.6.6 Nombre y firma de aceptación de la o el usuario, de su familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, y del encargado del establecimiento.

9.3.3.2.2.7 Si el que ingresa es menor de edad, se debe obtener adicionalmente el consentimiento por escrito de quienes ejerzan la patria potestad o del representante legal. Sólo se le aceptará, cuando existan programas y espacios adecuados de acuerdo a la edad y género; de lo contrario, deberá ser referido a los establecimientos encargados de la atención a menores.

9.3.3.2.2.8 Si se trata de menores de edad abandonados, el encargado del establecimiento debe efectuar el trámite para obtener la tutela competente, en los términos de las disposiciones civiles aplicables.

9.3.3.2.2.9 En los establecimientos no se deben admitir personas distintas a las que requieran el servicio para el cual fue creado.

9.3.3.2.3 Durante la estancia se deberá:

9.3.3.2.3.1 Suministrar medicamentos a las o los usuarios, sólo bajo prescripción médica.

9.3.3.2.3.2 En caso de presentarse algún accidente o emergencia con alguno de las o los usuarios, el encargado del establecimiento deberá procurar, de inmediato, la atención médica necesaria, y dar aviso al familiar más cercano en vínculo o representante legal en su caso y, de ser procedente, a la instancia legal o autoridad competente.

9.3.3.2.3.3 El encargado del establecimiento debe proporcionar al familiar más cercano en vínculo y, en su caso, representante legal de la o el usuario, toda la información que le sea solicitada acerca del estado general, evolución del tratamiento o recuperación de la o el usuario.

9.3.3.2.3.4 No deben ser utilizados procedimientos que atenten contra la integridad física y mental de la o el usuario.

9.3.3.2.4 Al egreso se deberá:

9.3.3.2.4.1 Llenar la hoja de egreso con los siguientes datos:

9.3.3.2.4.1.1 Fecha y hora de egreso.

9.3.3.2.4.1.2 Descripción del estado general de la o el usuario.

9.3.3.2.4.1.3 Nombre y firma de conformidad, de la persona que egresa; del familiar más cercano en vínculo, representante legal, según corresponda y del encargado del establecimiento.

9.3.3.2.4.1.4 En caso de que la o el usuario sea menor de edad, se debe contar además con la firma de conformidad del padre o representante legal, según sea el caso.

9.3.3.2.4.2 En caso de que la o el usuario abandone el establecimiento antes de concluir el tratamiento, el encargado del mismo debe dar aviso de inmediato al familiar más cercano en vínculo y en su caso, representante legal.

9.3.3.2.4.3 Por ningún motivo se podrá cambiar de establecimiento a la o el usuario, sin obtener antes su consentimiento por escrito y, en su caso, del familiar más cercano en vínculo o representante legal.

9.3.3.2.4.4 En menores de edad se deberá entregar al familiar más cercano en vínculo o, en su caso, representante legal, por escrito, indicaciones complementarias al tratamiento en su domicilio.

9.3.3.2.4.5 Si la o el usuario es referido por una instancia legal o autoridad competente, se deberá informar a ésta si es referida o referido a otro establecimiento y en su caso, si concluyó con su tratamiento.

9.3.3.2.5 Los establecimientos deben contar con:

9.3.3.2.5.1 Oficina de recepción-información.

9.3.3.2.5.2 Sanitarios y regaderas independientes, para hombres y para mujeres, y horarios diferentes para el aseo personal, tanto de hombres como de mujeres.

9.3.3.2.5.3 Dormitorios con camas independientes y con armarios personales, para hombres y para mujeres.

9.3.3.2.5.4 Cocina.

9.3.3.2.5.5 Comedor.

9.3.3.2.5.6 Sala de juntas.

9.3.3.2.5.7 Area para actividades recreativas.

9.3.3.2.5.8 Botiquín de primeros auxilios.

9.3.3.2.5.9 Area para psicoterapia grupal e individual, en caso de que ofrezcan este servicio.

9.3.3.2.5.10 Area de resguardo y control de medicamentos, en caso de que el responsable tenga autorización para prescribirlos.

9.3.3.2.5.11 Extinguidores y señalización para casos de emergencia.

9.3.3.2.5.12 Una línea telefónica.

9.3.3.2.5.13 Todas las áreas descritas deben estar siempre en perfectas condiciones de higiene, iluminación y ventilación.

9.3.3.2.5.14 El número de usuarios que pueden ser admitidos, dependerá de la capacidad del establecimiento, según las disposiciones legales vigentes.

9.3.4 En los establecimientos que operan con el modelo mixto que presten servicios de consulta externa e internamiento, la atención debe brindarse de acuerdo con lo establecido en los numerales 9.3.1 al 9.3.2.3.6 de esta Norma. Cuando sean manejados por adictos en recuperación, la atención debe brindarse conforme a lo establecido en los numerales 9.3.3 al 9.3.3.2.5.14 de esta Norma.

9.3.5 El seguimiento de usuarios en los establecimientos especializados en adicciones, tiene por objeto vigilar el proceso subsecuente de tratamiento y rehabilitación, a través de las diferentes alternativas identificadas para lograr su reinserción social, sea con profesionales de la salud, grupos de ayuda mutua o ambos, para evitar o reducir el fenómeno de recaída y debe realizarse mediante las actividades señaladas a continuación:

9.3.5.1 Manejo subsecuente, en otros establecimientos para tratamiento de adicciones.

9.3.5.2 Visita domiciliaria o llamada telefónica, si el establecimiento cuenta con este servicio.

9.3.5.3 Rescate de usuarios que han abandonado su tratamiento o recaído en su adicción, si el establecimiento cuenta con recursos.

9.3.5.4 Cuando la o el usuario sea referido a otro establecimiento, debe elaborarse una hoja de referencia, que detalle el caso.

9.3.6 Se debe promover en los establecimientos que ofrecen servicios generales de salud:

9.3.6.1 Que la dependencia a las bebidas alcohólicas y a otras sustancias psicoactivas son problemas de salud en sí mismos y factores importantes de riesgo, que son considerados como patologías.

9.3.6.2 Que los padecimientos adictivos están asociados a otros trastornos médicos y psicológicos, que también requieren atención.

9.3.6.3 Que el personal de salud explore el patrón de consumo y su vinculación con el motivo de consulta, ya que el usuario no siempre acude porque quiere abandonar el consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas.

9.3.6.4 Que la o el usuario, a través del consejo médico o de otro profesional de la salud, tome conciencia sobre la importancia de abandonar el consumo de sustancias psicoactivas.

10. Investigación

10.1 La investigación en materia de adicciones, tiene por objeto:

10.1.1 Determinar las características y tendencias del problema, así como su magnitud e impacto en lo individual, familiar y colectivo.

10.1.2 Proveer de una base científica que permita diseñar e implementar políticas en materia de adicciones.

10.1.3 Evaluar el impacto de los programas preventivos, así como de tratamiento y rehabilitación.

10.1.4 Identificar grupos y factores de riesgo y orientar la toma de decisiones.

10.1.5 Establecer el nivel de costo-efectividad de las acciones.

10.2 En toda investigación en que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad, la protección de sus derechos y su bienestar.

10.3 En el diseño y desarrollo de este tipo de investigaciones se debe:

10.3.1 Obtener el consentimiento informado, por parte del sujeto y, en su caso, del familiar más cercano en vínculo, o representante legal, según sea el caso, a quienes deberán proporcionárseles todos los elementos para decidir su participación.

10.3.2 El investigador debe obtener la aprobación por escrito, de las autoridades competentes, para la realización de cualquier proyecto de investigación donde la o el usuario sea sujeto de estudio.

10.4 Los resultados de las investigaciones deben difundirse oportunamente a través de reportes y publicaciones científicas.

11. Vigilancia epidemiológica de las adicciones

11.1 Para la vigilancia epidemiológica de las adicciones, los establecimientos deben apegarse a lo dispuesto por la Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-1994.

11.2 Las adicciones se consideran dentro del grupo de las enfermedades no transmisibles y, como tales, son objeto de aplicación de un subsistema especial de vigilancia epidemiológica.

11.3 Los procedimientos específicos para llevar a cabo la vigilancia epidemiológica de las adicciones deben basarse en los lineamientos descritos en el manual del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, que cuenta con los elementos técnicos y metodológicos necesarios para orientar su aplicación en todos los establecimientos del SNS.

12. Seguimiento y evaluación

12.1 El seguimiento de los programas y acciones que se realizan en todos los establecimientos permitirá determinar el grado en que se obtengan los resultados esperados, y la medida en que se cumplan los objetivos para los que fueron creados.

12.2 Las acciones en materia de seguimiento y evaluación deben:

12.2.1 Orientarse hacia la estructura, proceso y resultado de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, participación comunitaria, enseñanza, capacitación e investigación sobre las adicciones a sustancias psicoactivas o psicotrópicas.

12.2.2 Formular y proponer las políticas y estrategias para el desarrollo de acciones de los programas mencionados en el numeral anterior.

12.2.3 Realizar evaluaciones periódicas, tanto cualitativas como cuantitativas, de los logros obtenidos durante un periodo de tiempo determinado, con objeto de detectar desviaciones y proponer alternativas para aplicar medidas correctivas.

12.2.4 Reportar las actividades al Consejo Estatal contra las Adicciones, con una periodicidad trimestral, conforme a los procedimientos establecidos por el CONADIC.

13. Capacitación y enseñanza

13.1 Las acciones de capacitación y enseñanza deberán aplicarse con el objeto de contar con recursos humanos, profesionales y técnicos suficientes y bien preparados para afrontar el problema, apoyar la creación de programas integrales sobre prevención, investigación, tratamiento, rehabilitación y control del tabaquismo, el alcoholismo, el abuso de bebidas alcohólicas, y de la farmacodependencia, así como elevar la calidad de tales acciones y fomentar el intercambio de experiencias y conocimientos.

13.2 Las acciones en materia de capacitación:

13.2.1 Se deben realizar a través de cursos, talleres, seminarios, congresos y cualquier otro foro para investigación.

13.2.2 Capacitar al personal que lo requiera para que efectúe actividades de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento del consumo de sustancias psicoactivas.

13.2.3 Capacitar a grupos y organismos de diversos sectores (familiar, educativo, laboral y comunitario) para realizar acciones preventivas.

13.2.4 Los establecimientos deben informar al CECA y al CONADIC, las fechas y horarios en que se realizarán dichos eventos, para que de así considerarlo conveniente, se difundan en el ámbito nacional.

13.3 Las acciones en materia de enseñanza:

13.3.1 Se deben realizar a través de diplomados y cursos especializados que cuenten con valor curricular, de conformidad con las disposiciones vigentes.

13.3.2 Solicitar apoyo y asesoría técnica al CECA y al CONADIC.

14. Bibliografía

14.1 Alcoholics Anonymous as a Mutual-Help Movement. A Study in Eight Societies, Klaus, Mäkelä, et. al. The University of Wisconsin Press, USA, 1996.

14.2 Alcoholismo. Visión Integral. Velasco Fernández, Rafael. Ed. Trillas, México, D.F. 1988.

14.3 Alternativas de Rehabilitación en Salud Mental, Vol. 14. Centros de Integración Juvenil, México 1996.

14.4 Approaches to Treatment of Substance Abuse. World Health Organization. 1993.

14.5 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10). OPS-OMS, Décima Revisión, 1995.

14.6 Comisión para el Bienestar del Enfermo Mental, Documentos Elaborados, Junio SSA. México 1992-1993.

14.7 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 110 edición, México, 1995.

14.8 Compendio de Términos de Alcohol y Sustancia psicoactivas. OMS, 1994.

14.9 Diccionario de Medicina, Océano, Morby, 1997.

14.10 Diccionario de Psiquiatria, Trillas, compilada por el Subcomité de Información Pública de la Asociación Psiquiátrica Americana, reimpresión 1986.

14.11 Declaración Universal de los Derechos Humanos. Adoptada y proclamada por la Asamblea General de la ONU. Resolución 217 A (III) Diciembre 10 de 1948.

14.12 Decreto 233/1992 sobre Autorización para el Funcionamiento de Centros y Servicios de Atención y Prevención de la Drogodependencia. Comisión de Atención y Prevención de la Drogodependencia. Consejería de Trabajo y Asuntos Sociales. Gobierno de Valencia. Comunidad Autónoma de Valencia. 1992.

14.13 Decreto 147/1985 sobre Centros, Servicios y Establecimientos de Bienestar Social. Comunidad de Madrid. Diciembre, 1985.

14.14 Documento Orientador de Normatizaciones para el Funcionamiento de las Instituciones con Prestaciones Asistenciales. Secretaría de Programación para la Prevención de la Sustancia psicoactivadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, República de Argentina, 1990.

14.15 Evaluación de Modelos de Tratamiento. Su efectividad. OMS, 1993.

14.16 Fomento de la Salud ante las Adicciones: Expectativas. IMSS, Dirección de Prestaciones Médicas, Coordinación de Salud Comunitaria, México, 1996.

14.17 Funciona ¿Cómo y Por qué?, Los Doce Pasos y Doce Tradiciones de Narcóticos Anónimos. Narcóticos Anónimos, 1997.

14.18 Guía de Introducción a Narcóticos Anónimos. Narcóticos Anónimos 1995.

14.19 Internamiento con Farmacodependientes, Perspectivas Actuales, Vol. 12, Centros de Integración Juvenil. México, 1995.

14.20 La Comunidad Terapéutica, Goti Elena. Ed. Nueva Visión, Buenos Aires, 1997.

14.21 La Evaluación en las Comunidades Terapéuticas, 13-16 de Abril. Fundación Universitaria Luis Amigo. México, 1997.

14.22 Las Doce Tradiciones, reimpresión 40. Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. México, 1989.

14.23 La Salud del Adolescente y del Joven. OPS, Publicación Científica No. 552, 1995. Matilde Madaleno, Mabel M. Munist, Carlos V. Serrano, Tomás J. Silber, Elibio N. Suárez Ojeda, Joao Yunes.

14.24 Ley General de Salud, **Diario Oficial de la Federación**, 7 de febrero de 1984. Reforma del 7 de mayo de 1997.

14.25 Ley Federal sobre Metrología y Normalización, **Diario Oficial de la Federación**, México, 1o. de julio de 1992.

14.26 Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, **Diario Oficial de la Federación**, 29 de diciembre de 1976, modificada por Decreto publicado el 28 de diciembre de 1994.

14.27 Los Tres Lineamientos (Folleto). Oficina Central de Servicios de Grupos 24 Horas de Alcohólicos Anónimos y Terapia Intensiva, A.C.

14.28 Management of Alcohol and Drug-Related Issues in the Workplace. International Labour Office. Geneva, 1996.

14.29 Manual de Acreditación Para Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Dependientes de Sustancias Psicotrópicas. Ministerio de Desarrollo Humano, República de Bolivia. 1997.

14.30 Manual de Normas y Procedimientos. Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. Instancia de Aprobación y Seguimiento de Programas Públicos y Privados. San José, Costa Rica, 1996.

14.31 Manual de Servicios. Oficina Central de Servicios de Grupos 24 Horas de Alcohólicos Anónimos y Terapia Intensiva, A.C., 4a. Edición, 1997.

14.32 Manual de Servicios de Alcohólicos Anónimos y Doce Conceptos para el Servicio Mundial, Central Mexicana de Servicios Generales de Alcohólicos Anónimos, A.C. México, 1996.

14.33 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV, Ed. Masson, 1995.

14.34 Narcóticos Anónimos. Narcóticos Anónimos, 1997.

14.35 Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000, México, 1995.

14.36 Primera Reunión Técnica para el estudio de las Normas sobre las estadísticas de la demanda de sustancia psicoactivas, Marzo-Abril, 1995. CICAD, OEA.

14.37 Programa contra la Farmacodependencia. SSA-Consejo Nacional contra las Adicciones. México, 1992-1994.

14.38 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, **Diario Oficial de la Federación**, México, 6 de enero de 1987.

14.39 Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, **Diario Oficial de la Federación**, México, 6 de agosto de 1997.

14.40 Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, **Diario Oficial de la Federación**, México, 14 de mayo de 1986.

14.41 Reglamento de Control Sanitario de Actividades, Establecimientos Productos y Servicios, **Diario Oficial de la Federación**, México, 9 de agosto de 1999.

14.42 Reglamento para los Establecimientos de Rehabilitación de Personas Dependientes de Sustancias . Psicoactivas, a través de la Modalidad Comunidad Terapéutica. Ministerio de Salud de Chile. Chile, 1995.

14.43 Reglamento de Control y Funcionamiento de los Servicios Públicos y Privados de Tratamiento, Rehabilitación y Reintegración Social de Farmacodependientes. Consejo Nacional de Control de Sustancias Estupefacientes y Psicotrópicas. República del Ecuador.

14.44 Requisitos Mínimos Exigibles a los Centros Residenciales Destinados a la Rehabilitación de Drogodependientes en el Marco de un Programa Terapéutico, a Efectos del Otorgamiento de la Autorización Competente. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Sustancias psicoactivas, España (Sin fecha).

14.45 Resolución de la Normativa para la Creación, Ampliación y Modificación de Centros, Servicios y Establecimientos Socio-Sanitarios No. 877, 1987. Diario Oficial del Gobierno Catalán. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, 1987.

14.46 Sinopsis de Psiquiatría, Selección de Temas de la 7a. Edición Original. Kaplan and Sadock's, 1994.

14.47 Therapeutic Communities for Addictions: A Theoretical Framework. The International Journal on Addictions, 30 (12), 1603-1645.

15. Concordancia con normas internacionales y normas mexicanas

Esta Norma no es equivalente a ninguna norma mexicana, pero equivale parcialmente con las siguientes normas internacionales:

15.1 Cancillería de Trabajo y Asuntos Sociales, Decreto 233 del Gobierno de Valencia, España. Sobre Autorización para el Funcionamiento de Centros y Servicios de Atención y Prevención de la Drogodependencia, en la Comunidad Valenciana, 1992.

15.2 Delegación del Gobierno de Madrid, España, para el Plan Nacional sobre Sustancia psicoactivas. Orden referente a los Centros para Rehabilitación y Reinserción Social de Toxicómanos. 1987.

15.3 Diario Oficial del Gobierno Catalán. Departamento de Sanidad y Seguridad Social, Resolución de la Normativa para la Creación, Ampliación y Modificación de Centros, Servicios y Establecimientos Socio-Sanitarios, No. 877, 1987.

15.4 Ministerio de Desarrollo Humano, República de Bolivia. Manual de Acreditación (Para Centros de Tratamiento y Rehabilitación de Dependientes de Sustancias Psicotrópicas), Bolivia 1997.

15.5 Ministerio de Salud de Chile. Establecimientos de Rehabilitación de Personas Dependientes de Sustancias Psicoactivas, a través de la modalidad de comunidad terapéuticas en adelante, Establecimientos de Comunidad, Chile 1968.

15.6 Ministerio de Salud de Panamá. Normas de Atención para Centros o Programas Públicos y Privados de Tratamiento y Rehabilitación de Usuarios con Abuso o Dependencia de las Sustancia psicoactivas. Panamá, 1997.

15.7 Secretaría de Programación para la Prevención de la Sustancia psicoactivadicción y la Lucha contra el Narcotráfico, República de Argentina. Documento Orientador de Normatizaciones para el Funcionamiento de las Instituciones con Prestaciones Asistenciales, 1990.

16. Observancia de la norma

La vigilancia de la aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de los estados, en el ámbito de sus respectivas competencias.

17. Vigencia

Esta Norma Oficial Mexicana entrará en vigor al día siguiente de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

Sufragio Efectivo. No Reelección.

México D.F., a 18 de agosto de 2000.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.

Anexo IV

Entrevista a directores de centros de rehabilitación. (CONAPRED: 2009)

- 1) Nombre del Centro
- 2) Nombre del director, edad
- 3) ¿Qué papel desempeña en el Centro? ¿Cuáles son sus funciones?
- 4) ¿Cómo llegó a ocupar la dirección? ¿Desde cuándo?
- 5) ¿Quiénes son los voluntarios prestan los servicios en el centro? ¿Por qué deciden ser voluntarios? ¿Qué estabilidad o rotación tienen en la planta de personas que prestan servicios voluntarios?
- 6) ¿Por qué los voluntarios renuncian? ¿Por qué permanecen?
- 7) ¿Cuáles son las características socioeconómicas de los internos? (niveles de ingreso) ¿Sus familiares o ellos mismos hacen aportaciones económicas al centro?
- 8) ¿Cómo ingresan los pacientes al centro?: ingreso voluntario, forzado por familiares, a través de la patrulla (policía), ministerio público...
- 9) ¿Cuáles son las distintas etapas del proceso de rehabilitación? ¿Cuáles son los obstáculos principales en el proceso?
- 10) ¿Cuáles son las actividades que realizan los internos DENTRO del Centro? ¿Cuáles son las actividades que realizan FUERA del Centro?
- 11) ¿Qué tan difícil es para un nuevo interno insertarse y sentirse cómodo en el Centro? ¿Cuáles son los retos a los que se enfrenta?
- 12) ¿Cuál es la función (participación en el centro) de los familiares de los internos?
- 13) ¿Aceptan a los internos cuando han salido del Centro sin terminar el proceso de rehabilitación y regresan después de semanas-meses-años? ¿Qué tan frecuente es que regresen al centro los mismos pacientes? ¿Qué tan frecuente es que reciban pacientes que ya han sido internos en otros centros de rehabilitación?
- 14) ¿Cuándo consideran que un interno “está listo” para reinsertarse en la comunidad (familia)?
- 15) ¿Le dan seguimiento a los internos cuando salen del centro?

- 16) ¿Cuál es la respuesta de la familia-comunidad cuando salen del Centro? ¿Saben si encuentran empleo, vivienda, familia?
- 17) ¿Cuáles son los retos a los que se enfrentan al salir del centro? ¿Enfrentan formas de discriminación? ¿De qué tipo? (Qué reacciones o actitudes de discriminación o de rechazo encuentran en la calle, en las instituciones o en las empresas)
- 18) ¿Cuáles personas sufren más discriminación, de acuerdo con su aspecto físico, tatuajes etc.?
- 19) ¿Cómo cree que la sociedad tijuanense ve su trabajo como director del centro? ¿Por qué piensa que lo ven de esa forma?

Anexo V

Entrevista a familiares

- 1) Nombre, relación familiar con adicto(s)
- 2) ¿En qué grupos de apoyo a familiares ha participado? ¿Cómo ha sido su participación? ¿Ha ocupado algún puesto de coordinación, de organización en grupos de familiares?
- 3) ¿Cuáles son las actividades de los grupos de familiares? ¿De qué manera ayudan a la recuperación de los adictos?
- 4) ¿Cuál es el papel de los centros de rehabilitación? ¿Tienen en cuenta a los familiares?
- 5) ¿El ingreso de los familiares a los centros tiene que ser voluntario? ¿Alguna vez ha obligado-enviado a un familiar a los centros? ¿En qué circunstancia? ¿Cuáles fueron los resultados?
- 6) ¿Cuáles son las distintas etapas del proceso de rehabilitación? ¿Cuáles son los obstáculos principales en el proceso? ¿Cuál es el papel de los familiares en ese proceso?
- 7) ¿Cuándo se dio cuenta de que su familiar tenía problemas con las drogas? ¿Qué fue lo que hizo en ese momento? ¿Cómo vivió las recaídas?
- 8) ¿En qué medida la adicción de su familiar afectó las relaciones al interior de la familia? ¿En qué medida afectó su relación con los amigos, con otros familiares?
- 9) ¿Ha sentido rechazo (o apoyo) por parte de amigos, vecinos o familiares? ¿Cómo se ha manifestado ese rechazo?
- 10) ¿Cuál es la respuesta de la familia-comunidad cuando el adicto sale del Centro? ¿De qué manera se le puede ayudar?
- 11) ¿Cuáles son los retos a los que se enfrentan al salir del centro? ¿Enfrentan formas de discriminación? ¿De qué tipo? (Qué reacciones o actitudes de discriminación o de rechazo encuentran en la calle, en las instituciones o en las empresas)
- 12) ¿Piensa que es adecuado el apoyo que da el gobierno a la recuperación de los consumidores de drogas? ¿Qué apoyos deberían darse?

Anexo VI Cuestionarios para adictos(as) en recuperación

Instrucciones

Está usted invitado a participar en un estudio sobre salud pública e igualdad. Su participación nos ayudará a entender mejor el papel de la sociedad en la prevalencia de adicciones y en la rehabilitación. Esto puede contribuir a mejorar la cultura de prevención e integración de adictos en rehabilitación a sus familias y a la sociedad.

Este cuestionario no tiene respuestas correctas ni incorrectas; conteste cada pregunta de acuerdo a su experiencia personal. Su identidad será cuidadosamente protegida y sus respuestas se mantendrán en el anonimato. *Por favor no escriba su nombre en este cuestionario.* Llenar éste cuestionario, toma aproximadamente cinco minutos.

Consentimiento de participación

Su participación es voluntaria y anónima. Usted ésta en libertad de interrumpir su participación en éste estudio en cualquier momento, y retirar su consentimiento.

Por favor indique su decisión de participar poniendo una cruz en la caja indicada.

- He leído ésta información y estoy de acuerdo en participar.
- No deseo participar.

Gracias por servir como voluntario en éste estudio.

Lea las siguientes afirmaciones y marque con una X la respuesta que mejor corresponda a usted, utilizando una escala de: 1 Muy en desacuerdo, 2 En desacuerdo, 3 Algo de acuerdo, 4 Totalmente de acuerdo

	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
1. En general, estoy satisfecho conmigo mismo	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
2. De vez en cuando pienso que no soy bueno(a) para nada	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
3. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como las demás personas	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
5. Siento que no tengo muchas cosas de las que sentirme orgulloso	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
6. A veces me siento realmente inútil	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
7. Siento que soy una persona tan valiosa como las demás.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo

8. Ojalá me respetara más a mí mismo	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
9. En definitiva, tiendo a pensar que soy un fracasado	M	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
10. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
11. A mí, en lo personal, no me han afectado las malas ideas que la gente tiene sobre los adictos	M	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
12. Nunca me ha preocupado que mi comportamiento sea visto como el típico de un adicto	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
13. Yo no creo que la gente piense que mi comportamiento se debe a que soy drogadicto/alcohólico	M	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
14. La mayoría de la gente no va a juzgar a los drogadictos/alcohólicos por su vicio	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
15. Ser drogadicto/alcohólico no afecta como la gente es conmigo	M	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
16. Cuando hago cosas con gente sin vicios nunca estoy pensando que yo si tengo el vicio	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
17. Yo no pienso que la gente nos ve mal sólo por ser drogadictos/alcohólicos	M	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
18. La mayoría de la gente considera a los drogadictos/alcohólicos como sus iguales	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
19. Tengo dificultades para encontrar trabajo por mi vicio	M	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo
20. Casi toda la gente con la que me relaciono son adictos	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 totalmente de acuerdo

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con tatuajes.

¿Tiene usted tatuajes?: Si _____ No : _____

¿Cuántos? _____, ¿Se pueden esconder de la vista de la gente? Si _____ No

21. Por mis tatuajes, tengo dificultades para encontrar trabajo	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 No tengo tatuajes	4 totalmente
22. El estar rallado hace que la gente me vea como bicho raro	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 totalmente
23. El estar rallado me ayuda a sobrevivir en la calle	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 totalmente
24. Estoy muy orgulloso de mis tatuajes	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 De acuerdo	4 totalmente

Por favor díganos un poco acerca de usted.

Usted es: _____ Hombre, _____ Mujer.

¿Cuántos años lleva usted residiendo en Tijuana? _____

¿Cuántos años tiene? _____

¿Cuántos años lleva usted en el vicio? _____ ¿En cuántos centros ha estado internado?

¿De su familia nuclear (hijos, esposo/a, padres, hermanos), cuántos son adictos? _____

¿Cuántos años fue usted a la escuela? _____ años.

Relativo a las gentes de su país, diría usted que su familia es (marque con una X la casilla que corresponda):

- Clase humilde.
- Clase media.
- Clase alta.

¿Quiere usted añadir alguna opinión o sugerencia?

Anexo VII

Cuestionario a familiares de personas usuarias

Instrucciones

Está usted invitado a participar en un estudio sobre salud pública e igualdad. Su cooperación nos ayudará a entender mejor el papel de la familia en la prevención de adicciones y en la rehabilitación. Esto puede contribuir a mejorar la cultura de prevención e integración de adictos en rehabilitación a sus familias y a la sociedad.

Este cuestionario no tiene respuestas correctas ni incorrectas; conteste cada pregunta de acuerdo a su experiencia personal. Su identidad será cuidadosamente protegida y sus respuestas se mantendrán en el anonimato. *Por favor no escriba su nombre en este cuestionario.* Llenar éste cuestionario, toma aproximadamente cinco minutos.

Consentimiento de participación

Su participación es voluntaria y anónima. Usted ésta en libertad de interrumpir su participación en éste estudio en cualquier momento, y retirar su consentimiento.

Por favor indique su decisión de participar poniendo una cruz en la caja indicada.

- He leído ésta información y estoy de acuerdo en participar.
- No deseo participar.

Gracias por servir como voluntario en éste estudio.

Lea las siguientes afirmaciones y marque con una X la respuesta que mejor corresponda a usted, utilizando una escala de: 1 Muy en desacuerdo, 2 En desacuerdo, 3 Algo de acuerdo, 4 Totalmente de acuerdo

	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
25. En general, estoy satisfecho(a) conmigo mismo	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
26. De vez en cuando pienso que no soy bueno (a) para nada	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
27. Tengo la sensación de que poseo algunas buenas cualidades	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
28. Soy capaz de hacer las cosas igual de bien como las demás personas	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
29. Siento que no tengo muchas cosas de las cuales sentirme orgulloso (a)	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
30. A veces me siento realmente inútil	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
31. Siento que soy una persona tan valiosa como las demás.	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
32. Ojalá me respetara más a mí mismo (a)	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo
33. En definitiva, tiendo a pensar que	1 Muy en desacuerdo	2 En desacuerdo	3 Algo de acuerdo	4 Totalmente de acuerdo

soy un fracasado (a)	1	2	3	4
34. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo (a)	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
35. A mí, en lo personal, me han afectado mucho las malas ideas de la gente tiene sobre él/ella	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
36. A veces, los hermanos/as del adicto tienen el problema de que la gente piensa que ellos (as) también lo son	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
37. A veces pienso que la gente ve mal a mi familia por la situación de él /ella	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
38. La gente nos trata diferente cuando saben que él /ella es adicto (a)	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
39. Los vecinos nos sacan la vuelta por el problema de adicción de él /ella	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
40. En la escuela sus familiares hemos sido discriminados cuando se han enterado de la adicción de él/ella	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
41. Me preocupa que la gente nos juzgue mal por la adicción de él /ella	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
42. Cuando hago cosas con personas que tienen una familia sin adictos, me pregunto por qué yo sí tengo familiares viciosos	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
43. Me preocupa lo que la gente piensa sobre la conducta de él /ella	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
44. Siento que lo que le pasa a él /ella es por culpa mía	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
45. Creo que pude haber evitado que él /ella cayera en esto	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No tengo tatuajes	Totalmente de acuerdo
46. Siento que le falle	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Las siguientes preguntas se refieren a su experiencia con tatuajes.

¿Su familiar adicto tiene tatuajes?: Si _____ No :_____

¿Cuántos?_____, ¿Se pueden esconder de la vista de la gente? Si _____ No _____

	1	2	3	4
47. Me gustan mucho sus tatuajes	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	No tengo tatuajes	Totalmente de acuerdo
48. Por estar tatuado la gente lo(a) ve como bicho raro	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
49. Por sus tatuajes tiene dificultades para conseguir empleo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
50. Prefiero que él/ella se tape los tatuajes cuando salimos a la calle	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo

Por favor díganos un poco acerca de usted.

Usted es: _____ Hombre, _____ Mujer.

¿Cuántos años lleva usted residiendo en Tijuana? _____

¿Cuál es su relación con el adicto aquí internado? _____

¿Cuántos años tiene? _____

¿Cuántos años lleva él/ella en el vicio? _____ ¿En cuántos centros ha estado internado? _____

¿De su familia nuclear (hijos, esposo/a, padres, hermanos), cuántos son adictos? _____

¿Cuántos años fue el interno a la escuela? _____ años.

Relativo a la gente en Tijuana, diría usted que su familia es (marque con una X la casilla que corresponda):

- Clase humilde.
- Clase media.
- Clase alta.

¿Quiere usted añadir alguna opinión o sugerencia?

“Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares”

Colección estudios 2009
del Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

La edición estuvo a cargo de la Dirección General Adjunta de Estudios,
Legislación y Políticas Públicas
del CONAPRED