

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA
FACULTAD DE MEDICINA Y PSICOLOGIA
DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD



**Factores asociados con la percepción de riesgo de
violencia en usuarios de drogas inyectables en
centros de rehabilitación en Tijuana, Baja California**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD

PRESENTA:

Alicia Yolanda Harvey

DIRECTORA
Dra. Adriana Carolina Vargas Ojeda

Codirectora AITRP
Steffanie Strathdee

Tijuana, B.C, Noviembre de 2014

Agradecimientos

Un agradecimiento especial a los distinguidos facultativos que conformaron mi Comité de Tesis: Dra. Adriana Carolina Vargas Ojeda (Directora), Steffanie Strathdee (Co-directora AITRP), Dr. Rufino Menchaca, Dra. Evarista Arellano y Dra. Maria Luisa Zúñiga. Como mi tutora, la Dra. Vargas Ojeda me guio y alentó constantemente a lo largo del proceso de formación como investigadora en Ciencias de la Salud. Su convicción, tenacidad, firmeza y apoyo incondicional me mantuvo orientada hacia lo que tenía que hacer especialmente en los momentos más difíciles que pase a nivel personal. La Dra. Steffanie Strathdee, como tutora por AITRP, quien con su energía, visión y dinamismo me alentó a ir siempre más allá de lo evidente y de siempre recordar que la investigación en salud pública debe tener un impacto en el mundo real tratando de mejorar la calidad de vida de las poblaciones vulnerables. A los Dres. Arellano y Menchaca porque con su conocimiento y paciencia me ayudaron a entender y encontrarle sentido a las estadísticas. A la Dra. Maria Luisa Zúñiga por su carisma y apoyo incondicional a través del tiempo y el espacio.

Gracias infinitas al programa de becas de investigación en SIDA (AITRP), al personal de la División de Salud Pública Global (GPH) de la Universidad de California, San Diego y al personal de la Coordinación de Posgrado de la Universidad Autónoma de Baja California que me brindaron su apoyo incondicional y allanaron eficientemente los distintos obstáculos que se presentaban para que pudiera recibir los fondos de la beca de investigación que me permitieron estudiar.

Un cálido agradecimiento a Irina Artamonova y Daniela Abramovitz, responsables de datos de GPH quienes a pesar de sus múltiples responsabilidades me dedicaron mucho de su tiempo para asesorarme, orientarme y corroborar los análisis de mi disertación.

Un reconocimiento especial para mi familia y amistades por su entereza, comprensión, buena voluntad y aliento a lo largo de estos tres años a pesar de todo. Este logro es el resultado de un trabajo en equipo.

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a la memoria de Silverio Hugo Vera (QEPD), mi padre, y Mirtha Isabel Palacios, mi querida madre, quienes siempre creyeron que la mejor inversión que se podía hacer en los hijos es la educación. Esta convicción aunada con los valores y principios morales que inculcaron a sus hijos se ve reflejada en los logros de su descendencia.

A mis grandes amigas, las Dras. Adriana Carolina Vargas Ojeda y Norma Alicia Aguirre Zavala porque me alentaron y mantuvieron enfocada en lo que debía hacer; porque fueron mi paño de lágrimas en los momentos más difíciles y “compinches” de celebración de los grandes momentos de alegría que pasamos a través de todos estos años en la casa de la playa.

INDICE DE CONTENIDO

	Página
i. AGRADECIMIENTOS	1
ii. DEDICATORIA	2
1. RESUMEN	4
2.INTRODUCCION	6
3. ANTECEDENTES	7
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	31
5. JUSTIFICACION	31
6.PREGUNTA DE INVESTIGACION	33
7. OBJETIVOS	33
8. METODOLOGIA	34
9. VARIABLES DEL MODELO	35
10. RESULTADOS	37
11.TABLAS DE RESULTADOS	38
12.DISCUSION	41
13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	45

Resumen

Factores asociados con la percepción de riesgo de violencia en usuarios de drogas inyectables en centros de rehabilitación en Tijuana, Baja California

Objetivo: En 2009, México reformó su Ley General de Salud para despenalizar la posesión de pequeñas cantidades de drogas como la heroína y cocaína consideradas de uso personal para incrementar la referencia a centros de rehabilitación certificados en lugar de enviarlos a la prisión por ofensas contra la salud. Sin embargo, los medios de prensa reportaron ataques violentos contra centros de rehabilitación en México, lo cual podría reducir el ingreso y retención de personas en rehabilitación. La evidencia limitada existente sugiere que puede haber múltiples causas de esta violencia. Por lo tanto nos propusimos investigar las percepciones de violencia en centros de rehabilitación reportadas por las personas que se inyectan drogas (PQID) en Tijuana.

Métodos: Entre Marzo 2011 y Mayo 2013, PQID que no estaban en tratamiento fueron reclutadas para un estudio de cohorte prospectivo en Tijuana y completaron entrevistas administradas por entrevistadores. Se les preguntó a los participantes si estaban de acuerdo o no con la oración “el ir a centros de rehabilitación me pone en riesgo de violencia”. Se emplearon análisis de regresión logística uni y multivariado para examinar los factores asociados con una respuesta afirmativa.

Resultados: De 733 PQID, 375 (51.2%) reportaron una necesidad grande/urgente de ayuda por su uso de drogas, de los cuales 38.4% expresaron temor a la violencia en los centros de rehabilitación. En análisis multivariado, el ser mayor, haber usado alguna vez cocaína, cristal anfetamina, haber sido informado que tendría que ir a rehabilitación por su uso de drogas y el tener una necesidad grande/urgente de ayuda por su uso de drogas y el haber recibido ayuda profesional por su uso de alcohol/drogas están asociados significativamente ($p < 0.05$) con la percepción de temor a la violencia si van a centros de rehabilitación.

Conclusión: El temor a la violencia está asociado con interacciones con la policía, mientras que aquellos que anteriormente recibieron ayuda profesional por su uso de alcohol/drogas tenían menos temor a la violencia. Las autoridades de salud deberían expandir las inspecciones periódicas a los centros de rehabilitación para garantizar la calidad de los servicios y reducir las preocupaciones de violencia de las PQID. Para apoyar este proceso, las fuerzas del orden se beneficiarían de entrenamientos para asegurar que sus interacciones con PQID sirvan para facilitar el ingreso a centros de rehabilitación con programas de tratamientos basados en evidencia científica.

Word Count: 388

Abstract

Factors associated with perceiving a risk of violence at rehabilitation centers among people who inject drugs in Tijuana, Mexico

Objective: In 2009, México reformed its health law to decriminalize possession of small quantities of drugs such as heroin and cocaine for personal use in order to increase referrals to certified drug treatment rather than prison for drug offenders. However, news media have reported violent attacks in Mexican drug treatment centers, which may reduce treatment uptake and retention. Limited evidence suggests that there may be multiple causes for this violence. We therefore investigated perceptions of violence in treatment centers reported by people who inject drugs (PWID) in Tijuana.

Methods: From March 2011 to May 2013, out-of-treatment PWID were recruited into a prospective cohort in Tijuana and underwent interviewer-administered surveys. Participants were asked to agree or disagree with the statement “going to rehabilitation puts me at risk of violence”. Univariate and multivariate logistic regression analyses were then employed to examine factors associated with an affirmative response.

Results: Of 733 PWID, 375 (51.2%) reported a great/urgent need for help with for their drug use, of whom 38.4% feared violence at drug treatment centers. In multivariate analysis, being older, ever using cocaine, crystal methamphetamine, having been told by law enforcement that attending drug treatment was required, perceiving a great/urgent need to get help for drug use and ever receiving professional help for drug/alcohol use were all significantly associated with fearing violence at drug treatment centers ($p < 0.05$).

Conclusion: Fear of violence was associated with interactions with police, while those who previously received professional help for their substance use had less fear of violence. Health authorities should expand periodic inspections at drug treatment centers to guarantee quality services and minimize PWIDs’ concerns about violence. To support this effort, law enforcement should also be trained to ensure that interactions with PWID serve to facilitate enrolment into evidence-based addiction treatment services.

Word Count: 296

INTRODUCCION

El consumo de sustancias psicoactivas constituye un fenómeno de salud pública con consecuencias negativas nefastas que afectan no sólo a quien la consume, su entorno más cercano sino también a la sociedad en general. Por lo mismo, el abordaje de esta problemática también requiere de un enfoque amplio y multidisciplinario para poder entenderlo, estudiarlo y proponer estrategias colaborativas efectivas que involucren la participación activa de los representantes de los sectores educativo, salud, legislativo y de seguridad pública, del ámbito municipal, estatal y federal junto con los particulares, asociaciones civiles y la sociedad en su conjunto. El presente trabajo tiene como objetivo el explorar las percepciones de riesgo de violencia en centros de rehabilitación según la perspectiva de personas que se inyectan drogas en Tijuana, Baja California durante el periodo anterior a su reclutamiento al estudio en los años 2010-2011. Los participantes fueron entrevistados sobre sus experiencias en centros de rehabilitación de drogas a lo largo de su vida hasta la fecha de su reclutamiento en el estudio. Muchos de los reportes corresponden a un periodo de tiempo en el que hubo un recrudecimiento de la violencia en todo el país (1, 2), los niveles de confianza hacia las fuerzas del orden eran bajos (3) pero al mismo tiempo las autoridades comenzaban a implementar estrategias para revertir la inseguridad generalizada y las reformas a la Ley General de Salud y Códigos federales Penal y de Procedimientos Penales relacionados con la política de drogas y la distinción entre el consumidor recreacional, la persona con dependencia y el traficante de drogas y establece un mecanismo de acción correspondiente para cada uno de ellos (4).

La autora considera que al término de esta investigación se logrará una mayor comprensión de algunos de los factores identificados que están asociados con la percepción de temor a la violencia al asistir a centros de rehabilitación en personas con características similares a las de los participantes del estudio. Todo esto con el objeto de contribuir a la riqueza de conocimiento existente y al desarrollo de políticas de salud pública efectivas que fortalezcan la infraestructura de los tratamientos de rehabilitación de drogas y la calidad y contenido de los servicios que se ofrecen con respeto al derecho y dignidad de las personas que utilizan dichos servicios.

ANTECEDENTES

El presente apartado contiene la información necesaria para asimilar los principios teóricos del tema de estudio acerca de los factores asociados con la percepción de riesgo de violencia en usuarios de drogas inyectables en centros de rehabilitación en Tijuana, Baja California. Se comienza haciendo referencia general a las sustancias psicoactivas: diferencia entre uso y abuso y efectos nocivos de las mismas; seguido de una descripción de usuarios de drogas según la frecuencia de consumo y grado de dependencia psíquica o física; luego nos referimos a los criterios de determinación de dependencia CIE-10 y DSM-V y describimos factores de riesgo y protectores del uso de sustancias psicoactivas; para concluir esta sección con una descripción de los tratamientos para uso de sustancias, las características de un tratamiento efectivo y los distintos tipos y modelos de tratamientos disponibles. A continuación hacemos referencia a violencia partiendo de su definición y clasificación tipológica propuesta por la Organización Mundial de la Salud. Posteriormente se realiza una descripción histórica de la situación de las drogas en México; se hace referencia a las recientes reformas a la Ley General de Salud y Códigos Federales Penal y de Procedimientos Penales relacionados con las sustancias psicoactivas; las comunidades mexicanas y las fuerzas del orden culminando con un panorama histórico-social de los programas de rehabilitación de drogas en México.

1.1 Sustancias Psicoactivas

Las sustancias tóxicas o drogas psicoactivas son sustancias que al ser consumidas pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento de una persona. Las sustancias psicoactivas actúan en el cerebro mediante mecanismos que normalmente existen para regular las funciones de estados de ánimo, pensamientos y motivaciones. (5-7)

Según su condición socio-legal, el uso de estas sustancias se podría dividir en dos grandes categorías:

- Como sustancia ilegal o ilícita: De acuerdo con tres convenciones internacionales integradas por la mayoría de los países del mundo se han comprometido a considerar como ilegal el comercio y uso no médico de los opiáceos, cannabis, alucinógenos, cocaína, otros estimulantes, hipnóticos y sedantes (8-10). Desde el punto de vista epidemiológico, el uso de drogas ilícitas es una actividad predominantemente masculina y es más prevalente en jóvenes que en adultos (11). El empleo de drogas inyectadas es un fenómeno creciente, con implicaciones en la propagación de infecciones por VIH, Hepatitis B y C en cada vez más países (11). El uso no médico de medicaciones (por ejemplo benzodiazepinas, analgésicos, anfetaminas, etc.) es común, aunque se carece de estadísticas globales.
- Como sustancia legal o lícita: para cualquier propósito que elija el consumidor, los cuales pueden ser muy variados, y no necesariamente se relacionan con las propiedades psicoactivas de la sustancia. Aquí podemos encontrar el consumo de sustancia como medicamento para aliviar el dolor, ayudar al sueño o a la lucidez y aliviar desórdenes del estado de ánimo y que ha sido debidamente recetado por un profesional de salud o adquirido sin receta en lugares de expendio legales. En muchos otros casos las personas consumen sustancias psicoactivas porque esperan recibir algún beneficio de su ingesta, la cual puede ser una experiencia placentera o para evitar sentir dolor.

1.2 Uso de Sustancias Psicoactivas

En epidemiología resulta importante discriminar entre uso y abuso de sustancias para poder describir y medir eficazmente un problema complejo como lo es el uso de sustancias psicoactivas tóxicas. Uso de sustancias se refiere a la experimentación o poca frecuencia, generalmente irregular, esporádico de consumo de drogas. El propósito de distinguir entre uso y abuso es para poder distinguir entre aquellas personas en las que su uso o consumo de sustancias ilícitas se haya convertido en una característica peyorativa de su estilo de vida o si es probable que ya tenga un carácter psicopatológico (12, 13). El Instituto Nacional de Abuso de Drogas de Estados Unidos (14) considera el consumo de cualquier sustancia ilícita como abuso de drogas;

mientras que define como adicción a la enfermedad crónica recurrente que se caracteriza por un comportamiento compulsivo de búsqueda y consumo de la droga a pesar de las consecuencias dañinas así como los cambios moleculares y neuroquímicos en el cerebro. Vale destacar que la definición de NIDA corresponde a grandes rasgos con la definición de dependencia del Manual de Diagnóstico y Estadísticas (15, 16); sin embargo el DSM no emplea el término adicción.

1.3 Abuso de Sustancias Psicoactivas

El abuso de drogas se refiere a la utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco de forma incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible. El uso intencional de dosis excesivas, o el uso premeditado de dosis terapéuticas con fines distintos de la indicación para la cual el fármaco ha sido recetado, se considera un abuso de drogas. Las expresiones uso indebido y uso no médico se consideran sinónimos de abuso de drogas (8).

La dependencia de una sustancia, o síndrome de dependencia, es el término técnico que actualmente se emplea para el concepto de “adicción” e incluye la noción de disminución o pérdida del control y voluntad sobre la droga por parte del usuario (15).

1.4 Efectos nocivos del uso de sustancias

Los principales efectos nocivos provocados por el uso de sustancias psicoactivas pueden dividirse en tres categorías:

- Los efectos crónicos a la salud. Estos a su vez se pueden distinguir entre danos a causa directa del uso de sustancias que puede incluir la cirrosis hepática y danos a causa del comportamiento riesgoso como serian el cáncer de pulmón, VIH, Hepatitis B y C, Sífilis;
- Los efectos biológicos de la sustancia para la salud, agudos o a corto plazo, los que abarcarían la sobredosis, accidentes fatales causados por los efectos de la sustancia sobre la coordinación física, la concentración y la facultad de juicio,

suicidios, susceptibilidad a contraer enfermedades como el VIH, Hepatitis B, Hepatitis C, etc;

- Las consecuencias sociales adversas que pueden ser problemas sociales agudos, como la ruptura de relaciones o arrestos; o problemas sociales crónicos como el ausentismo laboral o de las responsabilidades familiares.

La frecuencia en que se den estos eventos nocivos dependerá de: a) la cantidad de sustancia psicoactiva que se consuma, b) la manera en que se usa, y c) los patrones o tendencias de consumo del usuario. Así mismo estos aspectos de uso se pueden vincular con distintos tipos de problemas de salud y sociales posibles:

- los efectos tóxicos directos de la sustancia, ya sean inmediatos (por ejemplo, intoxicación) o cumulativos respecto al tiempo que se lleva consumiendo la sustancia (por ejemplo, cirrosis).
- la intoxicación u otros efectos psicoactivos de la sustancia, es decir el estar bajo la influencia de sustancias sedantes puede provocar un accidente. Un empleado de comercio puede intoxicarse en el trabajo luego de usar marihuana y consecuentemente ser despedido de su trabajo.
- el grado de dependencia a la sustancia lo cual implica una pérdida del control sobre la sustancia. El usuario ya no opta por consumirla simplemente por los beneficios aparentes; el uso se ha hecho habitual, y las ansias de volverla a usar significan que el usuario siente que el hábito ya no está bajo su control. Por lo tanto, la dependencia del usuario es la causa del uso ulterior, a pesar de las consecuencias adversas que pudieron haber impedido seguir usando las sustancias a otros que no son dependientes.

La relación entre el uso de sustancias y los daños en casos específicos implicaría la presencia de más de uno de estos tres mecanismos. Por ejemplo, las benzodiazepinas pueden estar involucradas en un caso de suicidio ya sea por la desesperación del usuario ante la perturbación producida en su vida por depender de las drogas, o como forma de suicidio en sí misma mediante una sobredosis. Sin embargo, un mecanismo también puede funcionar por sí solo. Además, es importante recordar que la

dependencia no es el único mecanismo que asocia potencialmente el uso de sustancias con los daños sociales y a la salud.

El desarrollo de las dependencias puede considerarse como parte de un proceso de aprendizaje, en el sentido de que se producen cambios duraderos en el comportamiento, provocados por las interacciones con drogas y los entornos relacionados con éstas. Las sustancias psicoactivas producen activaciones profundas de zonas específicas del cerebro que influyen en la motivación. Mediante procesos de aprendizaje asociativo, esto puede producir en última instancia los síntomas clásicos de la dependencia, luego de una exposición repetida (13, 14).

Las farmacodependencias pueden considerarse como el resultado de la acción de varios factores. En las primeras etapas del uso de sustancias, ya sea como consecuencia de la curiosidad, presión social, factores socio-mercado-técnicos, la ubicuidad de la exposición, las características de la personalidad y otros factores similares, la persona entra en contacto con una droga con efectos adictivos. La etapa de dependencia está definida clínicamente por lo menos por tres de los siguientes criterios:

- Un deseo intenso o sensación de compulsión de tomar la sustancia.
- Dificultades para controlar el comportamiento de consumo de la sustancia en términos de su inicio, terminación o niveles de uso.
- Un estado fisiológico de abstinencia.
- Evidencias de tolerancia.
- Abandono progresivo de placeres o intereses alternativos.
- Uso persistente a pesar de evidencias claras de consecuencias nocivas.

1.5 Tipos de Usuarios

Los usuarios de drogas se clasifican según la frecuencia de su consumo y el grado de dependencia psíquica y/o física: experimental, social, funcional y disfuncional.

Usuarios experimentales: no se consideran propiamente drogadictos pues el consumo es motivado por la curiosidad. En este grupo se encuentran aquellas personas que por

primera vez utilizan la droga, por ser una experiencia novedosa; ésta conducta es vista comúnmente en la adolescencia.

Usuarios sociales: Son las personas que utilizan sustancias tóxicas específicamente en situaciones pasajeras, o sólo en situaciones sociales. O bien, las drogas se ingieren ocasionalmente para conciliar el sueño o para aliviar estados depresivos. Sin embargo, a partir de estas situaciones pasajeras de consumo puede establecerse una dependencia.

Usuarios funcionales: Son aquellas personas que hacen uso de drogas para realizar sus actividades cotidianas, pero que aún siguen funcionando social y productivamente. Sin embargo, se ha establecido una dependencia tal que no pueden realizar sus actividades sin dejar de consumir la droga.

Usuarios disfuncionales: Son aquellas personas que constantemente necesitan consumir la droga y que han dejado de desempeñarse social y productivamente según las normas establecidas; su vida gira en torno a las drogas y todas sus actividades están dedicadas a la obtención y consumo de las sustancias psicoactivas.

En la actualidad existen dos metodologías empleadas en el mundo para determinar el nivel de dependencia a sustancias psicoactivas: la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (17) y que determina la clasificación y codificación de enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de danos y/o enfermedad. La segunda metodología es la del Manual de Estadísticas y Diagnostico de Desórdenes Mentales Quinta Edición (DSMV) (16) que combina las categorías de abuso y dependencia de sustancias de la Edición IV en un solo desorden medido en un continuo que va de leve a severo. En este manual, cada sustancia específica es tratada como un desorden de consumo por separado pero casi todas las sustancias son diagnosticadas en base a los mismos criterios incluyentes. En este nuevo criterios incluyentes, los criterios no solo se han combinado sino que también se han fortalecido. En la versión IV solo se requería de un criterio para el diagnóstico en la versión actual un desorden de uso de sustancias leve requiere de 2 a

3 síntomas de la lista de 11 criterios. La nueva edición incluye las ansias por las drogas (“*drug craving*”) y se eliminó del listado problemas con las fuerzas del orden a raíz de consideraciones culturales que impedían la aplicación de los criterios a nivel internacional (16).

1.6 Criterios sobre dependencia de sustancias de CIE-10

Como se define en la clasificación CIE-10 de trastornos mentales y de la conducta (17), la dependencia del uso de sustancias comprende seis criterios (Tabla1); para recibir un diagnóstico de “dependencia” se debe cumplir con por lo menos tres de estos criterios. Vale la pena recalcar que solo dos de estos criterios pueden medir en términos biológicos (3 y 4) la presencia de síntomas físicos y psicológicos desagradables al reducirse o discontinuarse el uso de la sustancia, y el nivel de la tolerancia, es decir el hecho de que son necesarias cantidades cada vez mayores de la droga para obtener el mismo efecto, o que la misma cantidad produce un efecto cada vez menor. Los otros cuatro criterios de dependencia restantes incluyen elementos sobre la cognición y percepción, que no es posible medirlos biológicamente con facilidad. Por ejemplo, en el sexto criterio es necesario establecer el conocimiento que tiene el usuario acerca de las conexiones causales específicas. El primer criterio, “deseo intenso o sentido de compulsión”, requiere investigar las autopercepciones del usuario, y se refiere a la idea de ansiar la sustancia.

La evidencia disponible hasta ahora ha demostrado que es difícil lograr un consenso sobre la definición del concepto de ansia, y la aplicabilidad de los modelos biológicos a este concepto sigue siendo controvertida. Los criterios sobre la dependencia de sustancias en la cuarta edición del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) de la Asociación Psiquiátrica Estadounidense (16) (Tabla 2) son similares a los del CIE-10 (17) (Tabla 1), así como a los de muchos estudios. El hecho que solo existan dos criterios que pueden ser medidos biológicamente, implica que existe la posibilidad que se dé un diagnóstico de dependencia sin haber incluido uno de los criterios de medición biológica. Esta situación denota la característica multidisciplinaria del problema del consumo de sustancias psicoactivas y la complejidad

de la determinación del por qué las personas se sienten atraídas al uso de estas sustancias, cuáles son los mecanismos de la psicoactividad y los cambios neurobiológicos que ocurren con el uso intenso y repetido de una sustancia.

Tabla 1 - Criterios sobre dependencia de sustancias en CIE-10

Se deben dar en algún momento en el año anterior tres de seis de los criterios establecidos:
• Fuerte deseo o sensación de compulsión de tomar la sustancia. • Dificultades para controlar conducta de consumo de la sustancia en términos de su inicio, finalización o niveles de uso. • Un estado de abstinencia fisiológica si se suspende o reduce el uso de la sustancia, evidenciado por el síndrome de abstinencia característico de la sustancia o el uso de la misma (o alguna estrechamente relacionada) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia. • Evidencias de tolerancia, de forma tal que se requieren dosis mayores de la sustancia psicoactiva para obtener los efectos originalmente producidos a dosis menores. • Abandonar progresivamente placeres o intereses alternativos debido al uso de la sustancia psicoactiva, invertir cada vez mayor tiempo para obtener o tomar la sustancia o para recuperarse de sus efectos. • Persistir en el uso de la sustancia a pesar de haber claras evidencias de consecuencias abiertamente nocivas, como daño hepático por beber en exceso, estados de ánimo depresivos debidos al uso intenso de la sustancia o limitaciones en el funcionamiento cognitivo, relacionadas con la droga. Se deberá hacer lo posible para determinar si el consumidor o usuario era consciente, o debía serlo, de la naturaleza y grado del daño.

1.7 Criterios sobre la dependencia de sustancias en DSM-V

Según el Manual de Diagnostico DSM-V, el diagnóstico de abuso y dependencia a una sustancia están unificados y se incluyen criterios de determinación de uso de sustancias acompañados de criterios para la determinación de intoxicación, abstinencia, entre otros criterios. El umbral para el diagnóstico de desorden por uso de sustancias ahora es de al menos dos criterios (anteriormente era al menos un criterio) mientras que para diagnóstico de dependencia por uso de sustancias es de al menos tres criterios. Así mismo, la severidad de la condición es determinada por la cantidad de criterios identificados en el paciente de la siguiente manera: *Desorden leve*: 2-3 criterios; *Desorden moderado*: 4-5 criterios; *Desorden severo*: 6 o más criterios. Vale destacar que en la V Edición del manual ya no es necesaria la especificación de un subtipo fisiológico así como el diagnóstico de dependencia a múltiples sustancias. Así

mismo, la recuperación temprana se define como al menos 3 meses pero menos de 12 meses sin ningún criterio de diagnóstico de desorden por uso de sustancias (a excepción de ansias por la droga) y los nuevos indicadores incluyen “en un ambiente controlado” y “en terapia de mantenimiento” como lo merite la situación.

1.8 Factores de Riesgo y Protectores del Uso de Sustancias Psicoactivas

Los factores de riesgo se refieren a las influencias negativas del uso de sustancia psicoactivas mientras que los factores protectores se refieren a aspectos positivos que demoran el inicio de uso de sustancias psicoactivas promoviendo alternativas positivas y resaltando la promoción de la salud. Existen factores de riesgo a nivel:

- del entorno o contexto, como serían clase social, movilidad, cambio social, cultura de amistades, estilo educativo y grupos de riesgo ocupacional y
- individual, como ser disposición genética, maltratos durante la infancia, trastornos de la personalidad.
- ambiental estructural como las normas culturales, actitudes y opiniones sobre el uso de sustancias (i.e., aceptabilidad social, tolerancia, estigma) y las políticas locales, nacionales o regionales referentes a las drogas ilícitas, el tabaco y el alcohol.
- ambiental familiar como serían los problemas familiares y los problemas de dependencia en el entorno familiar, el bajo rendimiento escolar, el aislamiento social, el inicio a edad temprana del uso de sustancias, así como la depresión y comportamiento suicida durante la adolescencia.

Las personas toman de los recursos ambientales o personales disponibles que les permiten contrarrestar de la mejor manera los desafíos del estrés y la salud que se le presentan en la vida diaria. Ejemplos concretos de recursos ambientales también pueden incluir la situación económica, apoyo social, integración social, modelos de aprendizaje y factores temporales. De la misma manera, los factores de riesgo temporales también juegan un papel clave en el uso de sustancia psicoactivas tanto en la edad de inicio en el uso de sustancias, así como los sucesos en la vida que pueden

caracterizarse por una mayor vulnerabilidad al uso de sustancias, como el experimentar con drogas al entrar en la adolescencia, compensar factores de estrés al iniciarse en el mundo adulto profesional y afrontar la jubilación entre las edades de 55 y 65 años (18, 19).

Tabla 2 - Criterios sobre la dependencia de sustancias en DSM-IV

Patrón inadaptado de uso de sustancias que lleva a una discapacidad o angustia manifestado por al menos dos de los siguientes en un periodo de 12 meses:	
1.	Uso recurrente de sustancias que resulta en un fracaso en el cumplimiento de las principales obligaciones en el trabajo, escuela, hogar (por ejemplo., faltas reiteradas, desempeño laboral pobre, faltas relacionadas con las sustancias, suspensiones, expulsión; descuido de los hijos o del hogar)
2.	Uso recurrente de sustancias en situaciones en las que existe riesgo de daño físico (por ejemplo., manejando un carro u operando un vehículo cuando se encuentra afectado por el consumo de sustancias)
3.	Uso continuo de sustancias a pesar de tener problemas interpersonales o sociales persistentes o recurrentes o exacerbados por los efectos de las sustancias (por ejemplo, argumentos con su pareja como consecuencia de su intoxicación, riñas físicas)
4.	Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes indicadores: • Necesidad de cantidades marcadamente mayores de sustancia para alcanzar intoxicación o efecto deseado • Efecto marcadamente disminuido con el uso continuado de la misma cantidad de sustancia.
5.	Abstinencia, que se manifiesta por cualquiera de los siguientes: • síndrome de abstinencia característico para la sustancia; • se toma la misma sustancia (u otra similar) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
6.	Con frecuencia se toma la sustancia en mayores cantidades o durante periodos más prolongados de lo que se deseaba.
7.	Existe un deseo persistente o la imposibilidad de reducir o controlar el uso de la sustancia.
8.	Se invierte demasiado tiempo en actividades necesarias para obtener la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o manejar grandes distancias), en usar la sustancia (por ejemplo fumar un cigarrillo tras otro) o en recuperarse de sus efectos.
9.	Se reducen o se dejan de realizar actividades sociales, ocupacionales o recreativas importantes por el uso de la sustancia.
10.	Se continúa el uso de la sustancia a pesar de saber que se tiene un problema físico o psicológico persistente o recurrente, muy probablemente causado o exacerbado por la sustancia (seguir usando cocaína pese a que se padece la depresión inducida por ésta, o se sigue bebiendo aunque se sabe que se agravó una úlcera por el consumo de alcohol).
11.	Ansiedad o un deseo muy fuerte de usar una sustancia específica

Indicadores de Curso

- Recuperación Temprana Completa
- Recuperación Temprana Parcial
- Recuperación Sostenida Completa
- Recuperación Sostenida Parcial
- En Terapia con Agonistas
- En Ambiente Controlado

La desigualdad social y las diferencias de clase se relacionan con el uso arriesgado de sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas (20, 21). Además la pobreza de las comunidades en los países desarrollados es un poderoso predictor de sobredosis fatales de drogas, de cocaína y opioides. Así mismo, la pobreza también está asociada con problemas de nutrición y con una amplia gama de condiciones salubres contextuales adversas: los individuos desnutridos son especialmente vulnerables a los efectos adversos del consumo de sustancias lícitas e ilícitas. El estado nutricional y la diabetes, la hipertensión y el virus de la hepatitis C incrementan la vulnerabilidad al alcohol (22).

De la misma manera, existen recursos positivos a nivel personal que constituyen factores protectores contra el uso de sustancias psicoactivas y que incluyen entre otros la capacidad para lidiar con el problema, la autoeficacia, la percepción de riesgos, el optimismo, la conducta de cuidado de la salud, la capacidad de resistir la presión social y tener un comportamiento orientado hacia la salud (19-21). Estos recursos a nivel personal al interactuar con programas comunitarios, posiblemente amplificarían su magnitud y satisfarían la necesidad de recurrir con menos frecuencia al uso de sustancias, además de proporcionar un entorno sano donde el individuo se sentiría menos presionado a usar sustancias lícitas e ilícitas.

1.9 Tratamiento por el Uso de Sustancias

El abuso de drogas puede tratarse efectivamente. El uso de drogas constituye una enfermedad tratable y la naturaleza crónica de su condición significa que la recaída es una posibilidad. Las tasas de recaídas (es decir, la frecuencia con la que se presentan los síntomas) para la adicción a las drogas es similar a las tasas de correspondientes a otras enfermedades clínicas crónicas como la diabetes, hipertensión, y asma, las que también tienen componentes conductuales y psicológicos.

El tratamiento de enfermedades crónicas involucra el cambio/transformación de comportamientos profundamente acentuados, y las recaídas no constituyen en sí fracasos de tratamiento. Para la persona con adicción, los lapsos de retorno al abuso

de drogas significan que el tratamiento debe ser re-establecido o ajustado, o bien que se necesita un tratamiento alternativo.

El lograr que una persona con adicción deje de abusar de las drogas constituye solo una parte de un proceso de recuperación extenso y complejo. Cuando la gente se inicia en su rehabilitación, a menudo la adicción ya se apoderó de sus vidas. La compulsión por obtener drogas, usar drogas y experimentar los efectos de las drogas han dominado todos los momentos en que está despierto, y el abuso de las drogas ha ocupado el lugar de todas las cosas que disfrutaba hacer anteriormente cuando no existía la droga. El abuso de las drogas ha interrumpido como se relacionaba en su vida familiar, en su trabajo y en su comunidad, y ha hecho que aumente su probabilidad de sufrir por alguna otra enfermedad grave. Porque la adicción puede afectar tantos aspectos de la vida de una persona, para que el tratamiento de rehabilitación sea exitoso debe atender las necesidades de la persona en su totalidad. Por esta razón el mejor programa de rehabilitación de sustancias debe incorporar una variedad de servicios de rehabilitación dentro de su régimen de tratamiento de rehabilitación comprensivo. En este tipo de enfoque integral, los consejeros de rehabilitación pueden seleccionar de un menú de servicios para atender las necesidades individuales médicas, psicológicas, sociales, vocacionales y legales de las personas para alentar su recuperación de la adicción.

1.10 Características de un tratamiento de rehabilitación efectivo.

El tratamiento de rehabilitación constituye un componente esencial de la estrategia integral para la reducción de la demanda de drogas y como tal debe demostrar que es efectivo para reducir el consumo de drogas y debe disponer de capacidad y personal suficiente que permita el acceso a tratamiento a un gran número de personas afectadas por el consumo de sustancias psicoactivas. De esta manera un tratamiento de rehabilitación efectivo se traducirá en mayores coberturas y un impacto saludable en la comunidad de la que forma parte. Las características esenciales de un tratamiento efectivo son

Multidisciplinario: Depende de la integración de múltiples disciplinas

Multidimensional: la complejidad del problema de adicciones permite niveles interrelacionados y planteamientos complementarios.

Multiparadigmático: Búsqueda de soluciones por medio de diferentes marcos teóricos

Multiactuario: La cooperación activa y coordinada de organismos gubernamentales y no gubernamentales, autoridades municipales, estatales y federales, proveedores de servicios (sociales, de salud, educativos, económicos) y la sociedad en su conjunto.

La atención terapéutica de rehabilitación debe incluir actividades específicas de desintoxicación, tratamiento farmacológico, psicoterapias y asesoramiento psicosocial todo tratamiento debe cumplir por lo menos con los siguientes objetivos:

- Reducir el número de casos de dependencia a sustancias psicoactivas
- Reducir la morbilidad y mortalidad causada o asociada con el uso de sustancias.
- Asegurar que los usuarios sean capaces de obtener mayores beneficios de orden físico y mental; de habilidades sociales, así como de tener un mayor acceso a servicios y oportunidades que les permitan alcanzar una integración total completa.

1.11 Desintoxicación

La desintoxicación clínica constituye la etapa inicial e intensiva del tratamiento psicosocial. Este tipo de programas son generalmente hospitalarios o residenciales y bajo supervisión médica. La duración y características del proceso de abstinencia dependerán del tipo de droga o drogas que se hayan consumido. La desintoxicación en sí misma no constituye por sí sola un tratamiento de rehabilitación, sino la etapa inicial del proceso que tiene como objetivo lograr la abstinencia en la manera más segura y cómoda posible. La desintoxicación permite el control de síntomas y cuadros psiquiátricos por medio del uso de medicinas.

Etapas de intoxicación aguda (estado transitorio que provoca alteración de la conciencia, cognitivo, perceptivo, afectivo, conductual o en las funciones y respuestas

psicofisiológicas). Los cuadros de intoxicación aguda deben manejarse en los servicios de urgencia, bajo control de profesionales de la salud (medico, químico, enfermera).

Etapas de estabilización (daño orgánico, discapacidad o muerte debido a uso crónico). Atendiendo al daño orgánico que se pueda haber dado, se incorpora a la persona a programas de atención psiquiátrica, psicológica, de auto ayuda y/o comunidades terapéuticas y/o manejo y seguimiento de terapia sustitutiva. Es importante destacar que durante este proceso se detecten desviaciones al plan terapéutico establecido y se realicen las modificaciones correspondientes en beneficio de la persona y para la optimización del servicio y recursos disponible teniendo en cuenta el ahorro al costo a nivel de salud pública al tener que tratar el daño orgánico incapacitante.

Etapas de prevención de recaídas: Uso de estrategias de sustitución: metadona, buprenorfina, naltrexona, antidepresivos y y/o neurolépticos. Tienen como objeto cambiar el comportamiento de la persona para que puedan controlar su deseo de consumir sustancias por medio de intervenciones psicosociales y sanitarias que podrían incorporar la farmacoterapia.

1.12 Tratamiento con Farmacoterapia

Existen diferentes medicinas que pueden ser útiles en las diferentes etapas del tratamiento de rehabilitación para ayudar a la persona a interrumpir el abuso de drogas, mantenerse en tratamiento y evitar la recaída.

Tratamiento de la abstinencia, cuando las personas recién acaban de dejar de usar drogas, pueden experimentar una variedad de síntomas físicos y emocionales que incluyen la depresión, ansiedad y otros desordenes del estado de ánimo; ansiedad e insomnio; Existen medicinas específicas que están diseñadas para reducir estos síntomas, lo cual ayuda a facilitar la interrupción del abuso de drogas.

Mantenerse en tratamiento de rehabilitación, se usan algunas medicinas para ayudar a que el cerebro se adapte paulatinamente a la falta de la droga que se abusaba. Estas medicinas actúan paulatinamente aplazando las ansias de la droga y al mismo tiempo le brindan un efecto calmante al sistema corporal. Estas pueden ayudar a las personas

a enfocarse en la consejería y otras psicoterapias relacionadas con su tratamiento de rehabilitación.

Prevención de recaídas, la ciencia nos ha enseñado que el estrés, las claves que están ligadas a la experiencia de adicción (por ejemplo, personas, lugares, cosas, estados de ánimo), y la exposición a las drogas son los detonadores más comunes para la recaída. Se están desarrollando medicinas que interfieran con estos detonadores para ayudarles a las personas preservar su recuperación.

1.13 Tipos de psicoterapia/intervenciones conductuales

Los tratamientos conductuales ayudan a involucrar a las personas en los tratamientos para abuso de drogas, al modificar sus actitudes y comportamientos relacionados con el uso de drogas y aumentando sus habilidades de supervivencia para manejar situaciones de estrés y pistas ambientales que puedan llegar a detonar un ansia intensa y de lugar a otro ciclo de abuso compulsivo. Más aun, las terapias conductuales pueden incrementar la efectividad de las medicinas y así ayudar a que las personas se mantengan en rehabilitación por más tiempo.

1.13.1 Terapias cognitivas conductuales

El fundamento de la terapia cognitiva es la idea de que, al identificar y subsiguientemente modificar los patrones de pensamiento de adaptación, los pacientes pueden reducir o eliminar los sentimientos y comportamientos negativos (por ejemplo, el uso de sustancias). Las terapias cognitivas conductuales se orientan a:

- (a) alterar los procesos cognitivos que produjeron las conductas de adaptación de los usuarios de sustancias;
- (b) intervenir en la cadena de eventos conductuales que resultaron en el uso de sustancias;
- (c) ayudar a los pacientes a manejar eficazmente el ansia crónica o aguda de drogas, y

(d) promover y reforzar el desarrollo de capacidades sociales y conductas compatibles con quedar libre de drogas.

1.13.2 Prevención de recaídas

Un enfoque de tratamiento donde se utilizan técnicas cognitivas conductuales para ayudar a los pacientes a desarrollar un mayor autocontrol, y así evitar una recaída. Las estrategias específicas de prevención de recaídas incluyen discutir la ambivalencia, identificar los detonadores emocionales y del entorno del ansia y el uso de sustancias, y desarrollar y revisar estrategias específicas para manejar los aspectos tensionantes internos o externos.

1.13.3 Manejo de contingencias

Tratamiento conductual, basado en el uso de consecuencias positivas o negativas predeterminadas para recompensar la abstinencia, o castigar (y así impedir) los comportamientos relacionados con drogas. Las recompensas pueden incluir comprobantes (que se otorgan por producir muestras de orina sin drogas) que pueden cambiarse por otros objetos previamente acordados (por ejemplo, boletos para el cine), o “reforzamientos comunitarios”, donde los familiares o amigos refuerzan las conductas que demuestran o facilitan la abstinencia (por ejemplo, participar en actividades positivas). Las consecuencias negativas de volver al uso de la sustancia pueden incluir notificar a los tribunales, fuentes de trabajo o familiares.

1.13.4 Terapia motivacional (TM)

Esta breve modalidad de tratamiento se caracteriza por un enfoque empático, en donde el terapeuta ayuda a motivar al paciente, preguntándole sobre los pros y contras de conductas específicas, explorando las metas del paciente y las ambivalencias asociadas con alcanzar estas metas, y para el escuchar reflexivamente. La terapia motivacional ha demostrado una significativa eficacia en el tratamiento de la dependencia de sustancias.

1.14 Modelos de Tratamiento

1.14.1 Modelo Hospitalario/Residencial

Este tipo de programa está destinado generalmente a personas problemáticas usuarias de drogas como opioides, sedantes e hipnóticas) que muy probablemente sufrirán complicaciones en su proceso de abstinencia y requieren un proceso de privación con supervisión médica.

1.14.2 Modelo ambulatorio

Este modelo se aplica a personas que pueden abstenerse de consumir drogas sin aislarse de la comunidad. El proceso de desintoxicación se inicia en el mismo centro o en el hogar de la persona con un periodo de estabilización que incluye el uso de farmacoterapia o sustancias de sustitución. Luego de lograr la estabilización se procede a la reducción gradual de la farmacoterapia o sustancias de sustitución en un periodo de semanas o meses. Así mismo la persona es referida a servicios de asesoramiento, tratamiento médico, psicoterapia individual, familiar, grupal, orientación a familiares de adictos y grupos de autoayuda.

1.14.3 Intervenciones comunitarias y ambulatorias

Este tipo de programas contienen un plan de atención psicoterapéutica y general en función de las necesidades de cada persona basado en la evaluación inicial y continúa por parte de un profesional calificado. Se establecen una serie de metas individuales de tratamiento que el interesado debe alcanzar y su progreso es evaluado periódicamente durante su proceso de tratamiento. Es común que se utilicen técnicas cognitivo conductuales y motivacionales enfocadas en el usuario en un proceso que puede durar varios meses. Las intervenciones pueden ser a nivel individual, grupal y familiar y cuya intensidad de 2 a 4 veces a la semana, varias horas al día varía según las necesidades de la persona. El objetivo es el tratar de hacer entender mejor a la persona y reconocer su comportamiento frente a las drogas para poder reducirlo y evitarlo hasta

eventualmente eliminarlo. Así mismo se incluye un componente de asesoramiento y educación de salud en torno a VIH/SIDA, relaciones familiares, formación profesional, reinserción laboral, apoyo a vivienda y aspectos jurídico-legales.

1.14.4 Intervenciones y programas de rehabilitación residencial

Los programas de rehabilitación residencial pueden ser a corto o largo plazo. Los programas a corto plazo incluyen un plan de desintoxicación con supervisión médica y duran aproximadamente de 30 a 90 días. Los programas a largo plazo no incluyen el proceso de desintoxicación y su duración puede ser de 6 meses a 1 año y generalmente son conocidos como “comunidades terapéuticas”. Este tipo de programas incluyen la vida comunitaria con otros usuarios en rehabilitación, consejería a nivel individual y grupal para prevenir recaídas, seguimiento de casos a nivel individual, desarrollo de habilidades para afrontar la vida cotidiana, formación y experiencia laboral, servicios de vivienda y reinstalación así como apoyo al post tratamiento y seguimiento. La metodología utilizada es similar a la de los grupos de ayuda mutua y en general disponen de hogares intermedios o de transición (espacios colectivos semi-independientes) ubicados en las proximidades del lugar donde se implementa el programa principal. En este tipo de hogares se ofrece la posibilidad de reinserción comunitaria y se le continúa brindando el apoyo institucional necesario.

1.15 Violencia

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define violencia como “el uso intencional de fuerza o poder, de manera amenazante o real, hacia uno mismo, otra persona o en contra de un grupo o comunidad, y que resulta en o tiene una gran probabilidad de dar como resultado herida, muerte, daño psicológico, mal desarrollo o privación” (23).

En cuanto a la violencia y las personas que consumen drogas, la literatura científica brinda amplia cobertura que documenta la presencia de violencia y uso de drogas en situaciones de violencia física, sexual, psicológica dirigidas hacia uno mismo, otras personas conocidas y desconocidas (24-29). Sin embargo, existe poca evidencia

científica que documente instancias de violencia en el contexto centros de rehabilitación de drogas en México (30, 31). Más bien las instancias de violencia en este tipo de contextos han sido difundidas por medios de información masiva (32-37) como serian periódicos y televisión con la limitante que solo se reportan los hechos mas no la conclusión de las investigaciones de los mismos.

Así mismo, la OMS sugiere una clasificación tipológica, que aunque no sea universalmente aceptada, permite de manera útil entender los contextos en los que se da la violencia y las interacciones entre los distintos tipos de violencia (23). Esta tipología distingue cuatro modalidades en los que la violencia se puede infligir: estos son ataque físico, sexual y psicológico; y privación. De la misma manera, clasifica la definición de violencia en tres subtipos de acuerdo con la relación víctima-agresor (23).

La violencia dirigida hacia uno mismo se refiere a la violencia en la que la víctima y el agresor son la misma persona y a su vez se sub-divide en auto-abuso y suicidio. La violencia interpersonal se refiere a violencia entre personas, y se subdivide en violencia familiar, de la pareja intima o comunitaria. La violencia familiar incluye maltrato infantil y abuso de personas mayores, mientras que la violencia comunitaria se divide a su vez en violencia perpetrada por conocidos o extraños e incluye violencia juvenil, ataque por desconocidos, violencia relacionada con crímenes contra la propiedad y violencia en el trabajo u otras instituciones (23). La violencia colectiva se refiere a violencia cometida por grupos grandes de personas y se puede subdividir en violencia social, política y económica.

1.16 La situación de las drogas en México

En cuanto a la reducción de la demanda de drogas en México, las normas y disposiciones jurídicas del gobierno mexicano al respecto están fundamentadas en el Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (38). Este articulo consagra el derecho a la protección de la salud y de él se derivan la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de 1976 (39) que atribuye a la Secretaria de Salud (SSA) la competencia de "establecer y conducir la política nacional en materia de asistencia social, servicios médicos y salubridad general, así como

estudiar, adaptar y poner en vigor las medidas necesarias para luchar contra... el alcoholismo y las toxicomanías..."

La Ley General de Salud (40) brinda el marco jurídico vigente que regula de manera integral la reducción de la demanda de sustancias tóxicas por medio de sus disposiciones vigentes las que se enumeran a continuación:

- El derecho a la protección de la salud.
- La clasificación de los medicamentos estupefacientes y sustancias psicotrópicas.
- El control de su producción y manufactura.
- El control de la disponibilidad, la prescripción y la venta.
- El control de la publicidad.
- Las drogas y el ámbito laboral.
- La obligatoriedad de la educación sobre la materia.
- La regulación de la prestación de los servicios.
- Las sanciones y multas.

Esta Ley General de Salud (41) también establece que el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) es la unidad federal responsable de elaborar y evaluar los Programas Nacionales contra la Farmacodependencia, contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas y el Tabaquismo, "a través de los cuales promueve, fomenta y apoya las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y atención integral de las adicciones y problemas de salud pública asociados". A partir de su creación, el CONADIC comienza a establecer acuerdos de coordinación con las entidades federativas y se inicia el establecimiento de los Consejos Estatales y Comités Municipales contra las Adicciones (CECA y COMCA).

Así mismo, el gobierno federal a través de su Plan Nacional de Desarrollo (PND) (42) de 1995-2000 asume un doble compromiso en materia de salud: mejorar la calidad de los servicios, mediante la reestructuración de las instituciones y ampliar la cobertura de los mismos, fortaleciendo su coordinación e impulsando una mayor participación desde el ámbito federal. Vale destacar que en el mismo documento se considera a las adicciones como uno de los nuevos problemas de salud originados por los cambios en

los estilos de vida, propone una estrategia integral para enfrentar la problemática planteada por las adicciones y el narcotráfico y define los objetivos, estrategias y líneas de acción con las que participan diversas dependencias del sector público en lo que se refiere al control de la oferta. Finalmente, el plan nacional de desarrollo responsabiliza expresamente a la Secretaría de Salud (SSA) y a la Secretaría de Educación Pública (SEP) de la prevención y reducción de la demanda. De la misma manera, transforma y moderniza el sistema actual y lo hace más eficiente, con el fin de afrontar los retos del país a niveles epidemiológicos y demográficos existentes y emergentes.

De esta manera, en 1997 la SSA implementa una profunda transformación estructural a través del proceso de descentralización de los servicios de salud para la población abierta de las entidades federativas. Concretamente, se crea la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades y se incorpora al Programa de Prevención y Control de Adicciones (PPCA), a cargo del CONADIC, dentro de los doce programas sustantivos del Sector Salud. El PPCA brinda el marco conceptual, contenidos, instrumentos y capacitación a los Servicios Estatales de Salud (SESA), quienes están a cargo de la operación de las acciones del PPCA en todo el país (41).

Con el objeto de asegurar la adecuada calidad de los servicios de los diferentes centros dedicados a la rehabilitación de usuarios de drogas, se han creado mecanismos de certificación atendiendo a las disposiciones de la NOM-028-SSA2-2009 (40). A partir de 1986, se conformaron los Consejos Estatales contra las Adicciones (CECA). Estos Consejos constituidos en cada una de las entidades federativas, están presididos por el Gobernador, y son coordinados por el Secretario de Salud local o los Jefes de los Servicios Coordinados de Salud Pública del Estado. Cada Consejo cuenta con un Secretario Técnico, que es el enlace con el CONADIC, y con varios vocales, cuya función consiste en propiciar la participación de las diversas instituciones, tanto del sector público como del privado, en cumplimiento de los programas contra las adicciones. De esta manera, el CONADIC a través de los Consejos Estatales, extiende sus acciones a los Comités Municipales contra las Adicciones especialmente en las zonas consideradas de alto riesgo, como es el caso de las fronteras norte y sur, centros

de alto crecimiento industrial y turístico, así como zonas conurbadas de las grandes ciudades.

1.16.1 Las Reformas a la Ley General de Salud de 2009

En México entre los años 2007 y 2010, se dio un recrudecimiento de la violencia vinculada a las drogas con un total de 2,826 a 15,273 muertes anuales(2, 3, 43-48). A manera de respuesta, el gobierno desarrollo una estrategia que contrarrestara los efectos de la inseguridad pública. Como parte de esta estrategia, en el año 2009 se aprobó una legislación federal histórica que regularía la producción, consume, distribución y tráfico de sustancias ilícitas (4, 49). Esta legislación reformo tres ámbitos de legislación federal: la Ley General de Salud, el Código Penal Federal y el Código Penal Federal de Procedimientos. Cabe destacar que la nueva legislación reconoce y establece una distinción entre las personas que usan drogas de manera recreacional, las personas con dependencia a las drogas y los traficantes de drogas. Bajo las reformas a la ley, aquellos usuarios de drogas que son parados por las fuerzas del orden y se les encuentra en posesión de cantidades de drogas (es decir, heroína, cocaína, metanfetamina, y marihuana, entre otras) dentro del umbral legal considerado para uso personal no deberían ser penalizados hasta su tercera intervención. Sin embargo, en la tercera intervención con las fuerzas del orden, el tratamiento de rehabilitación de drogas será obligatorio (4). Otros aspectos de la reforma traen a colación el concepto de reducción del daño en la legislación federal sobre drogas así como la re-estructuración e incremento de la infraestructura de tratamiento y rehabilitación de drogas para acomodar a la mayor demanda. Las instituciones a nivel estatal y federal tenían hasta Agosto de 2012 para desarrollar los mecanismos necesarios para cumplir con los requisitos establecidos en la nueva legislación (4).

1.16.2 Las comunidades mexicanas y las Fuerzas del orden

En México existen cinco entidades primarias que son responsables de mantener el orden: la policía de tránsito, municipal, estatal y federal y el ejército. En años recientes, la relación entre las fuerzas del orden y la sociedad se erosionó. Una encuesta nacional

de hogares realizada en el año 2010 reveló que el 80% de los participantes en la encuesta tenían poco o nada de confianza en las fuerzas del orden (43, 50, 51). Como parte de la estrategia nacional implementada por el gobierno, todos los niveles de las fuerzas del orden deberían participar en un proceso de profesionalización para cumplir con estándares internacionales que incluían lo que se conoce comúnmente como “Exámenes de Confianza” (44, 48). El objetivo de estos exámenes es reducir los niveles de corrupción dentro de las fuerzas del orden y mejorar la percepción resguardo y seguridad por parte de la comunidad en general (44).

1.16.3 El Panorama de los Programas de Rehabilitación de Drogas en México

Desde el punto de vista histórico, los programas de rehabilitación de drogas con apoyo de pares (es decir, ‘ayuda mutua’) se fueron dando como una respuesta de buena voluntad a la difícil situación que se daba en el país: la falta de servicios o recursos profesionales para afrontar las necesidades de tratamientos de rehabilitación de drogas para personas dependientes de drogas o alcohol carentes de recursos (52, 53). En la actualidad, los programas de ayuda mutua existentes comparten algunos de los elementos de los servicios de 12 pasos; sin embargo, estos evolucionaron hacia servicios más amplios (por ejemplo, programa de rehabilitación de drogas residenciales) para satisfacer las necesidades de las personas carentes de recursos que tenían graves problemas de consumo de sustancias, muchos de los cuales lo habían perdido todo y no tenían un lugar donde pernoctar (52-54). En los años 80, se crearon los “Anexos”, instalaciones conformadas para ofrecer un techo y comida para aquellas personas no tenían a donde ir; a cambio, los consumidores de servicios ayudaban con tareas como limpieza, cocinar, hacer mandados hasta el tiempo en que alcanzaban cierto nivel de funcionalidad que les permitiera regresar a la comunidad (54). De manera muy similar, se crearon ranchos o “granjas de rehabilitación” que se constituyeron exclusivamente para albergar a usuarios de drogas masculinos por un período de estancia de un año mientras trabajaban en recuperarse de su drogodependencia (54, 55).

Como mencionamos anteriormente, la calidad de la atención en los centros de rehabilitación de drogas en México está regulada por la Norma Oficial Mexicana que regula la Política Nacional de Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones, la cual fue actualizada en 2009 (40). La legislación federal claramente delinea los estándares requeridos para cada modalidad de tratamiento, así como estipula los derechos de los pacientes durante su estancia en rehabilitación y brinda lineamientos a seguir para la operación de centros de rehabilitación residenciales y no residenciales. Los programas no residenciales se pueden implementar en una variedad de contextos: atención de urgencias, mixto no residencial, profesional o de ayuda mutua. Además, la legislación también identifica 4 modelos de tratamiento: ayuda mutua, incluyendo anexos y granjas de rehabilitación, mixto, profesional y alternativo. El modelo mixto emplea una combinación de ayuda mutua con atención profesional. El modelo profesional está a cargo de proveedores de salud, principalmente a través de visitas de consulta, atención de urgencias, y hospitalización. El modelo alternativo se refiere a una variedad de técnicas y métodos diversos que van desde medicina alopática, incluyendo el uso de herbolaria así como una diversidad de sustancias sintéticas y naturales inscriptas dentro del Registro Nacional de Tratamiento Alelopáticos de México (40, 56).

A pesar de la existencia de estas regulaciones, sin embargo existe muy poca evidencia científica disponible sobre el nivel de satisfacción de los consumidores de estos servicios en programas de rehabilitación (30, 31) y desafortunadamente instancias de maltrato en centros de rehabilitación de drogas han sido cubiertos por la prensa masiva en años recientes(32-37). En particular, la evidencia existente sugiere que se han dado situaciones de violencia y abuso físico en los dos tipos de programas de ayuda mutua: es decir, los anexos and granjas de rehabilitación, y en algunos casos culminando con acción legal contra estos programas (54, 55). Por ejemplo, en el 2010 Syvertsen y colaboradores (31) observaron que en una cohorte prospectiva de personas que se inyectan drogas (PQID) en Tijuana en el año 2005, el 22% de la muestra ($n = 222$) reportó instancias de abuso durante su experiencias en programas de rehabilitación. Entre un subgrupo de participantes que describían el tipo de maltrato recibido en centros de rehabilitación de drogas ($n = 25$), el abuso físico fue reportado por el 72%, y

el abuso verbal fue reportado por el 52%. Dado los objetivos de las reformas a la política de drogas en México para promover el ingreso a programas de rehabilitación, junto con los informes existentes de abusos perpetrados dentro de los centros de rehabilitación de drogas, nosotros nos propusimos examinar los factores relacionados con la percepción que el asistir a programas de rehabilitación de drogas lo pone a uno en riesgo de violencia en una cohorte de PQID en Tijuana, una población que ha sido desproporcionadamente afectada por daños relacionados con las drogas (57).

Planteamiento del problema

La revisión de la literatura científica existente revela que hasta la fecha no se ha encontrado referencia de una investigación que evalúe la percepción de temor a la violencia si se va a un centro de rehabilitación por parte de las personas que se inyectan drogas. Por otro lado, tampoco existe a la fecha ningún estudio que evalúe el impacto de la certificación de los centros de rehabilitación en la calidad de vida de los usuarios de los servicios de los centros de rehabilitación en Tijuana, Baja California.

Por esta razón nos propusimos investigar las percepciones de violencia en centros de rehabilitación reportadas por las personas que se inyectan drogas (PQID) en Tijuana. A este fin se consideró el auto informe de los participantes del estudio de cohorte prospectivo El Cuete Fase IV sobre su experiencia de rehabilitación en su último ingreso en un centro de rehabilitación de drogas.

Justificación

La problemática del consumo de drogas constituye un verdadero problema de salud pública con consecuencias negativas potencialmente devastante tanto para el usuario de drogas, su entorno familiar inmediato, como para la sociedad en general. Así mismo, conlleva un costo económico y de salud pública real que repercute en la dinámica social propiciando trastornos en la integridad biopsicosocial del individuo, su familia y la comunidad en general. En las últimas tres décadas ha existido una preocupación genuina de las instituciones gubernamentales, así como de los organismos de la

sociedad civil por brindar atención de una manera integral y duradera a quienes por circunstancias de diversa naturaleza han distorsionado sus proyectos de vida a causa del abuso de sustancias psicoactivas nocivas, mediante la creación de centros de rehabilitación que deben reunir ciertos requisitos para su función.

Claramente la NOM-028-SSA2-2009 (40) establece los lineamientos orientados al seguimiento y evaluación de los servicios que se brindan en los centros de rehabilitación, para determinar el nivel de obtención de resultados esperados y cumplimiento con los objetivos planteados. Así, establece específicamente que se debe evaluar y reportar trimestralmente la estructura, proceso, resultado e impacto de los programas de prevención, tratamiento, rehabilitación, participación comunitaria, enseñanza, capacitación e investigación sobre las adicciones a sustancias psicoactivas. A continuación, se describe el proceso de certificación de los centros que brindan servicios contra las adicciones que se lleva a cabo en Tijuana, Baja California.

El proceso de certificación estatal de los centros de rehabilitación en Tijuana, Baja California, consiste en la revisión por parte de expertos en el área por medio del cual la entidad responsable de la certificación realiza visitas a las instituciones y revisa los protocolos, reglamentaciones, procedimientos, prácticas y servicios de atención a los consumidores en las instituciones que tienen programas de tratamientos de rehabilitación de sustancias. El propósito de la certificación es el de garantizar que los programas de tratamientos de rehabilitación de sustancias cumplen con los estándares específicos con respecto al funcionamiento organizacional y de atención al paciente establecidos a nivel federal.

La certificación ayuda a los programas de tratamientos de rehabilitación de sustancias a mejorar su calidad de atención al paciente ya que pone énfasis a la atención centrada en el paciente, y en un enfoque integrado e individualizado de servicios y resultados. La certificación realza la confianza de la comunidad, brinda una herramienta educativa para el personal, realza el reclutamiento de personal médico, y a menudo contribuye al cumplimiento de los requisitos de acreditación a nivel federal.

A nivel estatal, el Instituto de Psiquiatría del estado de Baja California (IEPBC) es responsable del desarrollo de políticas y monitoreo de sistemas de tratamiento y prevención comprensivos para la prevención, reducción y tratamiento de problemas relacionados con el uso de alcohol y otras drogas. La misión de la institución es la de brindar un liderazgo colaborativo que promueva servicios de tratamiento para drogas que sean efectivos e innovadores y que utiliza los datos de los resultados para realzar y mejorar los servicios de tratamiento para alcohol y drogas que conllevarán a mejoramientos de calidad continuo.

Pregunta de investigación:

¿Cuáles son las percepciones de riesgo de violencia en centros de rehabilitación reportadas por las personas que se inyectan drogas (PQID) en Tijuana, Baja California?

Objetivo General

Identificar y caracterizar las percepciones de violencia en centros de rehabilitación reportadas por las personas que se inyectan drogas (PQID) en Tijuana.

METODOLOGIA

2.1 Diseño del estudio

El diseño del presente estudio es observacional, transversal de datos secundarios provenientes de la visita inicial de personas que se inyectan drogas (PQID). Estas personas fueron reclutadas en el Proyecto El Cuete Fase IV, un estudio de cohorte prospectivo en la ciudad de Tijuana, Baja California (58). Ambos protocolos (El Cuete Fase IV y este estudio) fueron sometidos a consideración y aprobados por los correspondientes Comités de Ética de EUA (Universidad de California, San Diego) y de México (Hospital General de Tijuana, Colegio de la Frontera Norte y Universidad Autónoma de Baja California).

2.2 Participantes del estudio

Para poder participar en el proyecto El Cuete Fase IV, las personas debían reportar haberse inyectado sustancias tóxicas ilícitas en el último mes (confirmado por observación visual de marcas de inyección o “traques o piquetes”); que hubieran reportado que su residencia actual fuera en Tijuana; hablaran inglés o español; y tuvieran al menos 18 años de edad cumplidos a la fecha de reclutamiento. Los participantes completan encuestas administradas por entrevistadores en la visita inicial y en los seguimientos agendados cada 6 meses y se les realizan pruebas rápidas de VIH junto con la consejería antes y después de la prueba de VIH. Los participantes que requieren seguimiento clínico son referidos a los centros de salud o clínica de atención especializada para VIH (CAPASITS) donde pueden recibir atención médica dentro del sistema universal de atención médica mexicana. La encuesta incluye preguntas sobre datos sociodemográficos; historia de uso de drogas; actividad sexual; acceso, experiencias y actitudes hacia los servicios de rehabilitación de drogas; interacciones con las fuerzas del orden y violencia, entre otros.

Para el presente análisis se incluyeron a aquellos participantes que indicaron su nivel de acuerdo o desacuerdo con la oración “Ir al tratamiento para el uso de drogas me pone en riesgo de violencia”.

2.3 Variables del Modelo

La variable dependiente fue una medida dicotómica que evaluó si los participantes percibían que el asistir a un centro de rehabilitación los pone en riesgo de violencia. La variable original de la encuesta les pide a los participantes que indique su nivel de acuerdo o desacuerdo con la oración “Ir al tratamiento para el uso de drogas me pone en riesgo de violencia”. Las posibles respuestas se miden con una escala Likert de 6 puntos (1= Muy en desacuerdo to 6= Muy de acuerdo) la cual para el propósito del presente análisis transformada en una variable categórica, dicotómica (1=De acuerdo vs. 0=En desacuerdo). La transformación a una variable dicotómica se dio porque el patrón de respuestas a esta pregunta tendía a ser mayormente bivariado. Las variables independientes sociodemográficas de interés incluidas en el análisis fueron: edad (en años), género (femenino vs. masculino), años de educación completados (en años); Fuente principal de ingresos en el último año (ningún ingreso vs. *fuentes de ingreso formal* [tales como de un trabajo legal pagado] vs. *Fuentes de ingreso informal* [tales como, trabajo informal no declarado, vendiendo drogas, administrando un picadero, trabajo sexual, etc.], sin lugar donde vivir en los últimos 6 meses (definido como el haber reportado que dormía o vivía en un carro, edificio abandonado o en las calles vs. *Haber reportado que vivía o dormía en algún otro lugar*), haber reportado que vivió en Tijuana toda su vida (No vs. Sí), y cantidad de años que lleva viviendo en Tijuana (en años). Las variables de interés relacionadas con las drogas consideradas fueron: edad de primer uso de drogas (en años), edad de primer inyección de drogas (en años), y si los participantes reportaron alguna vez en su vida haber usado cocaína, heroína, o cristal metanfetamina (para todas No vs. Sí). Las variables relacionadas con las fuerzas del orden incluyeron el reportar que alguna vez fue parado por las fuerzas del orden (No vs. Sí), y el haber sido informado alguna vez por parte de las fuerzas del orden que se le requeriría ir a un tratamiento de rehabilitación de drogas (No vs. Sí). Las variables relacionadas con el tratamiento de rehabilitación de drogas incluyeron el reportar una necesidad grande o urgente de recibir asistencia por el uso de drogas vs. el no tener necesidad o un poco de necesidad de recibir ayuda por el uso de drogas. Esta variable dicotómica fue transformada de su versión original en escala Likert de 4 puntos (0= Sin necesidad a 3= Necesidad Urgente) de (opción de) respuesta a la pregunta, “¿Hasta

qué punto considera Ud. que actualmente tiene necesidad de recibir asistencia por su uso de drogas?” Otras variables relacionadas con la rehabilitación de drogas incluídas fueron el haber reportado que alguna vez en su vida recibió ayuda profesional para su uso de alcohol o drogas (No vs. Sí), el número de veces que las personas reportaron haber recibido ayuda profesional por el uso de drogas, haber reportado que alguna vez en su vida se registró en un centro de rehabilitación, y el número de veces que las personas reportaron haberse registrado en un centro de rehabilitación de drogas.

2.4 Análisis de datos

Se empleó análisis bivariado por razón de momios cruda para examinar las asociaciones entre la variable dependiente y las independientes. Las variables independientes que fueron significativas con un valor de $p \leq 0.1$ en análisis bivariado fueron ingresadas según el método *stepwise* al modelo de regresión logística multivariado. Se utilizó la significancia de dos colas de 0.10 para el análisis bivariado y de 0.05 para el análisis de regresión múltiple. Para todo el análisis de datos se empleó el paquete estadístico SPSS 21.0 (58).

RESULTADOS

Entre el periodo de Marzo de 2011 y Mayo del 2013, se reclutaron en el proyecto de cohorte El Cuete Fase IV y participaron en el presente estudio, un total de 733 personas que se inyectaron drogas en los últimos 30 días y que residían en Tijuana, México. La mediana de edad de los participantes fue de 37 años (Rango Intercuartil [RIC]: 31, 44) y el 38.1% ($n = 279$) fueron mujeres. Cerca de la mitad (45%, $n = 332$) de la muestra reportó estar casada o en una relación, y la mediana del número de años de educación completados fue de 8 (57%, $n = 418$). El veinte por ciento de la muestra se encontraba sin hogar (19.9%, $n = 146$) y cerca de un tercio (27.7%, $n = 203$) reportó empleo informal como su fuente principal de ingresos. Las tres drogas principales que reportaron haber usado los participantes fueron heroína (99.6%, $n = 730$), cristal metanfetamina (88.3%, $n=647$) y cocaína (76.3%, $n=559$). El cincuenta y un por ciento ($n = 375$) de la muestra expresó tener una necesidad grande o urgente de recibir asistencia por su uso de drogas. Además, de estos el 38.4% ($n = 144/375$) estuvo de acuerdo con la sentencia “ir a un centro de rehabilitación me pone en riesgo de violencia.” La Tabla 1 brinda datos más detallados al respecto.

3.1 Análisis Bivariado

La Tabla 2 presenta los resultados del análisis bivariado con razón de momios cruda. El haber usado alguna vez en la vida cocaína (Razón de Momios [RM] = 0.49, 95% Intervalo de Confianza [IC]: 0.35 – 0.70, $p < 0.001$) o cristal metanfetamina (RM = 0.39, 95% IC: 0.25 – 0.61, $p < 0.01$), y alguna vez en la vida haber recibido ayuda profesional por su uso de drogas (RM = 0.61, 95% IC: 0.45 – 0.83, $p < 0.01$) estaban asociados significativamente con la percepción de que el ir a un centro de rehabilitación lo pone a uno en riesgo de violencia. Las variables que fueron significativas a nivel de $p < 0.10$ fueron incluidas en un solo bloque en el análisis de regresión logística multivariado.

Tabla 1. Características Sociodemográficas y relacionadas con la Salud (n=733)

Nombre de la Variable	Total	Con Temor a la Violencia	Sin Temor a la Violencia	valor de p*
	(n=733)	(n=253, 34.52%)	(n=480, 65.48%)	
Demográficas				
Edad**	37 (31, 44)	36 (30, 42)	37 (31, 45)	0.08
Mujer (n, %)	279 (38.06%)	102 (40.32%)	177 (36.88%)	0.38
Casado (n, %)	332 (45.29%)	113 (44.66%)	219 (45.63%)	0.82
Educación				
Años de educación completados**	8 (6,10)	8 (6,11)	8 (6,10)	0.15
Fuente Principal de Ingresos				
Sin Ingresos (n, %)	25 (3.41%)	8 (3.16%)	17 (3.54%)	0.82
Ingresos formales (n, %)	502 (68.49%)	177 (69.96%)	325 (67.71%)	
Ingresos Informales (n, %)	203 (27.69%)	67 (26.48%)	136 (28.33%)	
Vivienda (donde durmió con mayor frecuencia en los últimos 6 meses)				
Sin hogar (n, %)	146 (19.92%)	60 (23.72%)	86 (17.92%)	0.06
Movilidad				
Vivió en Tijuana toda su vida (n, %)	278 (37.92%)	107 (42.29%)	171 (35.62%)	0.08
Años que lleva viviendo en Tijuana (n=454)**	21 (10, 34)	20 (10, 34)	21 (10, 33)	0.54
Historia de Uso de Drogas				
Edad de primer uso de drogas ilegales***	14 (12,16)	14 (12,16)	14 (12,16)	0.30
Edad de primer inyección de drogas***	19 (17,24)	20 (17,25)	19 (17,24)	0.58
Alguna vez en su vida consumió heroína	730 (99.59%)	252 (99.60%)	478 (99.58%)	0.99
Alguna vez en su vida consumió cocaína	559 (76.26%)	171 (67.59%)	388 (80.83%)	0.01
Alguna vez en su vida consumió cristal/metanfetaminas	647 (88.26%)	206 (81.42%)	441 (91.88%)	0.01
Interacciones con fuerzas del orden				
Alguna vez fue parado por fuerzas del orden	661 (90.18%)	220 (86.96%)	441 (91.88%)	0.04
Alguna vez las fuerzas del orden le dijeron que sería obligado a ir a rehabilitación	17 (2.32%)	10 (3.95%)	7 (1.46%)	0.04
Historia de Rehabilitación de Drogas				
Necesidad grande/urgente de conseguir ayuda por usar drogas	375 (51.16%)	144 (56.92%)	231 (48.13%)	0.02
Alguna vez en la vida recibió ayuda profesional por uso de drogas	417 (56.89%)	124 (49.01%)	293 (61.04%)	0.01
Cantidad de veces en la vida recibió ayuda profesional por uso de drogas (n=417)	1 (0, 3)	0 (0, 3)	1 (0, 4)	0.01
Alguna vez en la vida se registro en centro de rehabilitación	375 (51.16%)	109 (43.08%)	266 (55.42%)	0.37
Cantidad de veces en la vida que se registro en centro de rehabilitación (n=375)	1 (0, 3)	0 (0, 2)	1 (0, 3)	0.01

*comparacion de promedios con t-estudiante, comparacion de proporciones con χ^2 , todos los valores p de dos colas

**Mediana, rango intercuartil

***Alguna vez recibió ayuda profesional puede incluir servicios de rehabilitacion de drogas

3.2 Análisis Multivariado

La Tabla 2 presenta los resultados del modelo multivariado. Como se indica, el no tener hogar en los últimos 6 meses, (Razón de Momios Ajustada [RMA] = 3.33, IC: 1.21 – 9.20, $p = 0.02$, el haber usado cocaína (RMA = 0.64, 95% IC: 0.43 – 0.95, $p = 0.03$), cristal metanfetamina (RMA = 0.48, 95% IC: 0.29 – 0.79, $p < 0.01$), el haber sido informado por las fuerzas del orden que se le requeriría ir a tratamiento de drogas (RMA = 3.61, 95% IC: 1.35 – 9.64, $p = 0.01$), el tener una necesidad grande o urgente de recibir ayuda para su uso de drogas (RMA = 1.61, 95% IC: 1.17 – 2.22, $p < 0.01$), el haber recibido alguna vez en su vida ayuda profesional para su uso de drogas (RMA = 0.67, 95% IC: 0.48 – 0.93, $p = 0.02$) y la edad (por incremento anual) (RMA = 0.98, IC: 0.96 – 0.99, $p = 0.02$) estuvieron asociados significativamente con la creencia que el ir a rehabilitación de drogas lo pone a uno en riesgo de violencia. Comparados con aquellos que recibieron ayuda profesional por su uso de drogas, la probabilidad de temor a la violencia fue mayor entre los que nunca había recibido ayuda profesional por su uso de alcohol/drogas (RMA 0.67, 95% IC: 0.48 -0.93, $p = 0.02$).

Tabla 2. Factores Sociodemográficos y de Salud Asociados con Temor a la Violencia en Centros de Rehabilitación de Drogas (N=733)*

Nombre de la Variable	Modelo de RL*	
	RM (IC 95%)	RM Ajustada (IC 95%)
Demográficas		
Edad***	0.98 (0.97, 1.00)	0.98 (0.96, 0.99) §
Mujer (Ref: hombre)	1.16 (0.85, 1.58)	
Casado (Ref: no casado)	0.96 (0.71, 1.31)	
Educación		
Años de educación completados**	1.04 (0.99, 1.09)	
Fuente Principal de Ingresos		
Ingresos formales (Ref: ningún ingreso)	1.16 (0.49, 2.74)	
Ingresos Informales (Ref: ningún ingreso)	1.05 (0.43, 2.55)	
Vivienda (donde durmió con mayor frecuencia en los últimos 6 meses)		
Sin hogar	1.43 (0.98, 2.07)	3.33 (1.21, 9.20) §
Movilidad		
Vivió en Tijuana toda su vida	1.32 (0.97, 1.81)	1.09 (.78, 1.53) §
Años que lleva viviendo en Tijuana	1.00 (0.99, 1.01)	
Historia de Uso de Drogas		
Edad de primer uso de drogas ilegales***	1.02 (0.99, 1.06)	
Edad de primer inyección de drogas***	1.00 (0.98, 1.03)	
Alguna vez en su vida consumió heroína	1.05 (0.10, 11.60)	
Alguna vez en su vida consumió cocaína	0.49 (0.35, 0.70)	0.64 (0.43, 0.95) §
Alguna vez en su vida consumió cristal/metanfetaminas	0.39 (0.25, 0.61)	0.48 (0.29, 0.79) §
Interacciones con fuerzas del orden		
Alguna vez fue parado por fuerzas del orden	0.57 (0.35, 0.94)	0.72 (0.43, 1.21)
Alguna vez las fuerzas del orden le dijeron que sería obligado a ir a rehabilitación	2.79 (1.05, 7.41)	3.61 (1.35, 9.64) §
Historia de Rehabilitación de Drogas		
Necesidad grande o urgente de conseguir ayuda por uso de drogas	1.44 (1.06, 1.95)	1.61 (1.17, 2.22) §
Alguna vez en la vida recibió ayuda profesional por uso de drogas	0.61 (0.45-0.83)	0.67 (0.48, 0.93) §
Cantidad de veces en la vida recibió ayuda profesional por uso de drogas (n=417)	0.98 (0.95, 1.01)	
Alguna vez en la vida se registro en centro de rehabilitación	0.74 (0.38-1.44)	
Cantidad de veces en la vida que se registro en centro de rehabilitación (n=375)	0.98 (0.95, 1.01)	

*Participantes reclutados en Tijuana entre 03/11 y 05/13 fueron incluidos en el análisis (n=733)

**Razón de momios ajustada y no ajustada a Intervalo de Confianza (IC) de 95%. Variables en análisis univariado significativas a nivel de valor $p < 0.10$ fueron incluidas en el modelo de regresión logística multivariado

Modelo de Regresión Logística (RL): Variable Dependiente: Temor a la Violencia Dicotómica - Referencia: Sin temor a la Violencia - Método=Enter: Sin Hogar, Vivió en Tijuana toda su vida, alguna vez uso cocaína, alguna vez uso cristal/metanfetaminas, alguna vez le dijeron que debería ir a rehabilitación, necesidad grande/urgente de ayuda por uso de drogas, alguna vez recibió ayuda profesional por su uso de drogas y edad.

***Por incremento de 1 año

§ significativo a nivel $p < 0.05$.

DISCUSION

Una gran proporción de la muestra de PQID en Tijuana, México reportaron que tenían una gran o urgente necesidad de recibir asistencia por su dependencia a las drogas. Sin embargo, más de un tercio de la muestra expreso temor a la violencia en los centros de rehabilitación de drogas. En análisis multivariado, aquellos a los que les informo la policía y que expresaron una necesidad grande o urgente de recibir ayuda por su uso de drogas, tenían significativamente mayor probabilidad de reportar temor a la violencia si iban a rehabilitación; mientras que aquellos que eran mayores, alguna vez recibieron ayuda profesional por su uso de drogas/alcohol, y reportaron alguna vez haber usado cocaína y cristal metanfetamina tenían menos probabilidad de temer violencia si iban a rehabilitación. Esto sugiere que las personas que alguna vez recibieron ayuda profesional para su uso de alcohol/drogas pueden tener menos percepciones de riesgos asociados con el asistir a centros de rehabilitación. En cierta forma, esta interpretación estaría sustentada con la opinión de Rosovsky y Ramírez Bautista (54, 55) con respecto a la situación histórica en centros de ayuda mutua tales como Anexos y Granjas de rehabilitación así como la evidencia científica que corrobora que la profesionalización de los servicios incrementa la calidad del proceso de rehabilitación y fortalece el respeto a los derechos y dignidad humana (59).

Estos hallazgos tienen varias implicaciones. Primero, según las reformas a la Ley de Salud en materia de uso de drogas, las fuerzas del orden son el primer punto de contacto para la canalización de las personas dependientes de las drogas a los servicios de rehabilitación de drogas. Sin embargo, más del 80% de los participantes en una encuesta de hogares Mexicanos entre Agosto y septiembre de 2010 en las 32 entidades federativas reportaron que tenían poca o ninguna confianza en la policía a nivel tránsito, municipal o estatal (3, 43). Más aun, para Septiembre de 2011, menos del 25% de la policía municipal y estatal habían sido evaluados con las pruebas de confianza (44). Aunado con los hallazgos del presente estudio que demuestran un riesgo aumentado cuatro veces más de riesgo de temer violencia en programas de rehabilitación entre aquellas PQID a los que la policía les informo que se les requeriría ir a un tratamiento de rehabilitación, esto sugeriría que el establecer intervenciones de

entrenamiento y educación con la policía que puedan mejorar los niveles de confianza hacia las fuerzas del orden sean necesarios para asegurar la efectividad de la nueva estrategia de salud pública dentro de las reformas a la Ley de Salud en materia de drogas.

Segundo, el hecho que más de un tercio de los participantes del estudio reportaran temor a la violencia en la visita inicial sugiere que se necesita un registro de todas las organizaciones que brindan servicios de rehabilitación de drogas para garantizar la calidad y propiedad de la atención brindada en los centros de rehabilitación. Verdaderamente, hasta la fecha no existen datos que indiquen el número total de agencias que brindan servicios de rehabilitación por entidad federativa o a nivel nacional. De manera similar, el establecer un proceso de acreditación para todas las organizaciones registradas para calificar para recursos a nivel municipal, estatal y/o federal alentaría a los centros a cumplir con los lineamientos establecidos en la Ley General de Salud y por consiguiente potencialmente reducir la probabilidad de maltrato de clientes en estos centros y mejorar el registro y retención en rehabilitación de personas con problemas de dependencia. Este tipo de esfuerzos coordinados se están implementando actualmente en algunos estados (CONADIC, IPEBC) y pueden server de modelos a seguir para la expansión de su implementación en el resto del país.

Tercero, se necesitan realizar más investigaciones para explorar las fuentes de violencia que pueden estar impidiendo que los usuarios de drogas se registren en programas de rehabilitación de drogas en México. En la actualidad, la violencia puede tener sus orígenes en las interacciones con las fuerzas del orden, las acciones de carteles de las drogas rivales, terapias de rehabilitación de drogas erróneamente concebidas, o las acciones de proveedores de servicios coludidos o por otros internos dentro de los centros (31-37); sin embargo, existe muy poca información científica documentada que lo sustente. Se necesita poder caracterizar y evaluar las fuentes de violencia en los centros de rehabilitación de drogas para poder desarrollar estrategias potencialmente efectivas que permitan reducir tal violencia y por consiguiente incrementar el ingreso a tratamientos de rehabilitación.

El presente estudio tiene limitaciones que son consistentes con el uso de métodos observacionales transversales y el hecho de ser un análisis secundario de datos provenientes de una base de datos ya existente. Como tal, mientras se puede evaluar las asociaciones entre las variables de interés, debemos advertir que no se puede inferir causalidad. Segundo, los participantes en el estudio fueron reclutados siguiendo una estrategia no probabilística, por conveniencia y la generalización de los hallazgos a poblaciones más amplias de personas que se inyectan drogas en Tijuana puede estar limitada. Tercero, como resultado de las preocupaciones de seguridad y la naturaleza estigmatizada del uso de drogas en México, es posible que los participantes hayan reportado en menor medida sobre sus preocupaciones al acceder a servicios de rehabilitación de drogas debido a la violencia. Además, el temor a las represalias puede haber hecho que los participantes reportaran menos sobre violencia. Finalmente, nosotros no realizamos preguntas de seguimiento para poder determinar específicamente que tipo de violencia los participantes temían tal como física, mental, psicológica y/o sexual y quien fue el que la causo: la policía, otros usuarios de drogas, los carteles de las drogas o personal de los centros de rehabilitación.

Dentro de una cohorte de PQID, el temor a la violencia estuvo asociado con interacciones con la policía, mientras que aquellos que anteriormente habían recibido ayuda profesional para su uso de alcohol/drogas tuvieron menos probabilidad de temer violencia. Nuestros hallazgos fortalecen la necesidad de llevar a cabo concienzudamente las reformas de la Ley General de Salud y Códigos Penal y Judicial que fueron aprobadas en 2009 pero que aún no se han implementado adecuada y ampliamente. Esto incluye, en particular, la necesidad fortalecer la infraestructura y evaluación sistemática basados en evidencia de los contenidos de los programas de rehabilitación en Tijuana y el resto del país. Dentro de las reformas a la política de drogas en México, el sistema de canalización de las personas drogo-dependientes a centros de rehabilitación depende de colaboraciones coordinadas entre los proveedores de salud y fuerzas del orden para facilitar la referencia y acceso a servicios de rehabilitación de drogas certificados. Las autoridades de salud deberían expandir las evaluaciones periódicas de tales centros para garantizar el cumplimiento completo a los lineamientos establecidos en la norma oficial mexicana para reducir al

máximo las preocupaciones de las PQID sobre la violencia en los centros de rehabilitación. Más aun, las fuerzas del orden se podrían beneficiar de entrenamiento especializado para garantizar que las interacciones con las PQID sirvan para facilitar su registro en servicios de rehabilitación basados en evidencia.

Concretamente se propone por un lado la elaboración de instrumentos más específicos para la determinación del tipo de violencia a la que están expuestos en centros de rehabilitación, la fuente de origen de esa violencia, quienes son los perpetradores de dicha violencia y quienes son las víctimas de la misma.

Una vez que se pueda caracterizar apropiadamente la violencia en el contexto de los centros de rehabilitación elaborar estrategias efectivas para su prevención y erradicación definitiva.

Bibliografía

1. Salazar M, Olson E. A Profile of Mexico's Major Organized Crime Groups. Woodrow Wilson International Center for Scholars, 2012.
2. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía. Seguridad pública y justicia 2010: principales indicadores. Instituto Nacional de Estadísticas y Geografía, 2011.
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional sobre Inseguridad (2010). Informe Operativo. Mexico2010.
4. Secretaria de la Presidencia. Decreto presidencial por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales. Mexico: Diario Oficial de la Federacion; 2009.
5. Di Chiara G, Imperato A. Drugs abused by humans preferentially increase synaptic dopamine concentrations in the mesolimbic system of freely moving rats. *Proc Natl Acad Sci USA*. 1988;85(14):5274-8. Epub 1988/07/01.
6. Di Chiara G, Tanda G, Cadoni C, Acquas E, Bassareo V, Carboni E. Homologies and differences in the action of drugs of abuse and a conventional reinforcer (food) on dopamine transmission: an interpretive framework of the mechanism of drug dependence. *Adv Pharmacol*. 1998;42.
7. Gable RS. The Toxicity of Recreational Drugs. *The Scientific Research Society*. 2006;94(3):206-8.
8. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Substance Use Disorders. . 2007;Apr Report(164).
9. United Nations Single Convention on Narcotic Drugs of 1961. United Nations, Treaty Series1961.
10. United Nations. Convention on Psychotropic Substances of 1971. The United Nations; 1971. p. 3.
11. United Nations. Convention Against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychotropic Substances of 1988. United Nations; 1988. p. 95.
12. United Nations Office of Drugs and Crime. Principles of Drug Dependence Treatment. Geneva: UNODC/WHO, 2009.
13. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2014. Geneva: United Nations, 2014.
14. Levine RR, Walsh CA, Schwartz RD. Pharmacology: Drug Actions and Reactions. New York: Parthenon Publishing Group; 1996.
15. National Institute on Drug Abuse. Drugs, Brains, and Behavior: The Science of Addiction. National Institute on Drug Abuse, 2010.
16. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev). American Psychiatric Association, 2000.
17. Organization WH. International Classification of Diseases (ICD)-10 Symptom Checklist For Mental Disorders. Geneva: World Health Organization, 2004.
18. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). 2013.
19. Sinha R. Chronic stress, drug use, and vulnerability to addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 2008;1141(1141):105-30. Epub 2008/11/11.
20. Wand G. The Influence of Stress on the Transition From Drug Use to Addiction. *Alcohol Res Health*. 2008;31(2).
21. Valdez A, Kaplan CD, Curtis RL, Jr. Aggressive crime, alcohol and drug use, and concentrated poverty in 24 U.S. urban areas. *The American journal of drug and alcohol abuse*. 2007;33(4):595-603. Epub 2007/08/02.
22. Palma-Coca O, Hernandez-Serrato MI, Villalobos-Hernandez A, Unikel-Santoncini C, Olaiz-Fernandez G, Bojorquez-Chapela I. Association of socioeconomic status, problem behaviors, and disordered eating in Mexican adolescents: results of the Mexican National Health and Nutrition Survey 2006.

- The Journal of adolescent health : official publication of the Society for Adolescent Medicine. 2011;49(4):400-6. Epub 2011/09/24.
23. World Health Organization. Violence prevention: the evidence. Malta: World Health Organization, 2010.
 24. Fernandez-Montalvo J, Lopez-Goni JJ, Arteaga A. Psychological, Physical, and Sexual Abuse in Addicted Patients Who Undergo Treatment. *J Interpers Violence*. 2014;Jul(3). Epub 2014/07/06.
 25. Gulliver P, Fanslow J. Exploring risk factors for suicidal ideation in a population-based sample of New Zealand women who have experienced intimate partner violence. *Aust N Z J Public Health*. 2013;37(6).
 26. Haller M, Chassin L. Risk Pathways Among Traumatic Stress, Posttraumatic Stress Disorder Symptoms, and Alcohol and Drug Problems: A Test of Four Hypotheses. *Psychol Addict Behav*. 2014;Jun(16).
 27. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
 28. Stover CS, Kiselica A. Hostility and substance use in relation to intimate partner violence and parenting among fathers. *Aggressive behavior*. 2014;Jul(10). Epub 2014/07/22.
 29. Vieira LB, Cortes LF, Padoin SM, Souza IE, Paula CC, Terra MG. [Abuse of alcohol and drugs and violence against women: experience reports]. *Revista brasileira de enfermagem*. 2014;67(3):366-72. Epub 2014/07/24. Abuso de alcool e drogas e violencia contra as mulheres: denuncias de vividos.
 30. Bucardo J, Brouwer KC, Magis-Rodriguez C, Ramos R, Fraga M, Perez SG, et al. Historical trends in the production and consumption of illicit drugs in Mexico: implications for the prevention of blood borne infections. *Drug Alcohol Depend*. 2005;79(3):281-93. Epub 2005/08/17.
 31. Syvertsen J, Pollini RA, Lozada R, Vera A, Rangel G, Strathdee SA. Managing la malilla: Exploring drug treatment experiences among injection drug users in Tijuana, Mexico, and their implications for drug law reform. *Int J Drug Policy*. 2010;21(6):459-65. Epub 2010/08/31.
 32. Alvarez X. Denuncia Edil Abusos en Anexos de Leon. *El Universal newspaper Digital Version*. 2010.
 33. Betanzos S. Denuncian violación en Centro de Rehabilitación. *El Mexicano newspaper*. 2013 January 9, 2013.
 34. Cable News Network Mexico Edition. Un grupo armado asesina a 13 internos de un centro de rehabilitación. *Cable News Network* 2010 October 25, 2010.
 35. Cable News Network Mexico Edition. Vecinos del centro de rehabilitación 'Fe y Vida' cuentan lo que escucharon. *Cable news Network*. 2010 Domingo, 13 de Junio de 2010 a las 21:41.
 36. Lizarraga G. Tortura y Abusos Sexuales en Centros de Rehabilitacion en Mexico. *Los Angeles Press*. 2011 December 10, 2011.
 37. Open Society Foundations. Human Rights Abuses in the Name of Drug Treatment: Reports from the Field. New York: Open Society Foundations, 2011.
 38. Constitucion Politica de los Estados Mexicanos S. De los Derechos Humanos y sus Garantías, Artículo 4.(1917).
 39. Ley Orgánica de la Administración Pública Federal de México, (1976).
 40. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, (2009).
 41. Creación del Consejo Nacional Contra las Adicciones. [ley_general_de_salud/184%20Bis.htm](http://www.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2013/02/MEX-EVA_INDX-IVVI_LOW.pdf), (1986).
 42. Executive Office of the President. Plan Nacional de Desarrollo 1995-2000. Mexico: Talleres Gráficos de México; 1995.
 43. Ramírez de Alba Lea L, Solís L, de Buen N, Editors. Indicators of visible and invisible victims of homicide 2006-2010 2011 August 4, 2014. Available from: http://www.mexicoevalua.org/wp-content/uploads/2013/02/MEX-EVA_INDX-IVVI_LOW.pdf.
 44. Executive Office of the President. XXXII National Public Safety Council Meeting. Mexico: Executive Office of the President; 2012.

45. Mendoza E, Navarro A. Ya son 50 mil los muertos en la guerra antinarco: Zeta. Revista Proceso. 2011.
46. El Siglo de Torreon. 2010: Ocurre en Juárez la 'Masacre de Salvácar'; 15 jóvenes fueron asesinados. El Siglo de Torreon. 2010.
47. Staff. 83 mil muertos por el narco en sexenio de Calderón. Animal Politico. 2012.
48. Consejo Nacional De Seguridad Pública. Informe De Actividades Del Secretariado Ejecutivo Del Sistema Nacional De Seguridad Pública correspondiente al período Diciembre 2010 a Septiembre de 2011. 2011.
49. Hernández J, Zamudio C. La ley contra el narcomenudeo: una apuesta dudosa. Washington/Amsterdam: WOLA/TNI, 2009.
50. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Victimización y Percepción sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2011: informe operativo. Mexico 2011.
51. Human Rights Watch. Ni Seguridad ni Derechos. Informe sobre Ejecuciones, desapariciones y tortura en la "guerra contra el narcotráfico" de México. Mexico: Human Rights Watch, 2011.
52. Rosovsky H. "Salud pública, disponibilidad y consumo de alcohol". In: Tapia-Conyer R, editor. Las adicciones: dimensión, impacto y perspectivas. Mexico: El Manual Moderno; 1994.
53. Rosovsky H. Alcoholics Anonymous in Mexico: a strong but fragmented movement. In: Eisenbach-Stangl laR, P., editor. Diversity in unity: studies of Alcoholics Anonymous in eight societies. Helsinki: Nordic Council for Alcohol and Drug Research; 1998. p. 165-84.
54. Rosovsky H. Alcohólicos Anónimos en México: fragmentación y fortalezas. . Desacatos. 2009;29(enero-abril):17.
55. Ramírez Bautista M. Comunidad sin fronteras. Casos reales sobre el drama y rehabilitación de alcohólicos. Diana. 1987:239.
56. Etiquetado de medicamentos y de remedios herbolarios, (2012).
57. Strathdee SA, Lozada R, Pollini RA, Brouwer KC, Mantsios A, Abramovitz DA, et al. Individual, social, and environmental influences associated with HIV infection among injection drug users in Tijuana, Mexico. J Acquir Immune Defic Syndr. 2008;47(3):369-76. Epub 2008/01/08.
58. IBM Corporation, inventor; IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Released 2012.
59. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Strengthening Professional Identity. Challenges of the Addictions Treatment Workforce: A Framework for Discussion. Abt Associates Incorporated; 2006.