

La oferta de tratamiento para el uso problemático de drogas y sus usuarios en San Luis Potosí

Angélica Ospina-Escobar



37



La oferta de tratamiento para el uso problemático de drogas y sus usuarios en San Luis Potosí

Angélica Ospina-Escobar

Programa de Política de Drogas
Centro de Investigación
y Docencia Económicas

Documentos
de trabajos
Novedades
Fondo
editorial
Revistas
eLIBROS
Libros

www.LibreriaCide.com

Primera edición: 2022

Las opiniones y datos contenidos en este documento son de la exclusiva responsabilidad de sus autores y no representan el punto de vista del CIDE como institución.

Este Cuaderno de Trabajo forma parte del Programa de Política de Drogas del CIDE.

La edición fue patrocinada por Open Society Foundations.

Programa de Política de Drogas:

Laura Atuesta, Coordinadora del Programa de Política de Drogas

Marcela Pomar, Coordinadora Ejecutiva

Edgar Guerra, Responsable del Seminario

D.R. © 2022, Centro de Investigación y Docencia Económicas, A.C., Región Centro - Programa de Política de Drogas. Circuito Tecnopolo Norte 117, Col. Tecnopolo Pocitos II, CP 20313, Aguascalientes, Ags., México.

www.politicadedrogas.org / www.cide.edu

ISBN: en trámite.

Imagen de la portada: Murales pintados por profesores y estudiantes del Colegio de Bachilleres No. 28 en San Luis Potosí, México. <https://www.flickr.com/photos/lucynieto/2529320957> (LCC)

La creación de esta Colección de Cuadernos de Trabajo del Programa de Política de Drogas fue aprobada por el Comité Editorial del Centro de Investigación y Docencia Económicas en enero de 2016.

Contacto: Marcela Pomar Ojeda (marcela.pomar@cide.edu)

Autora:

Angélica Ospina-Escobar es profesora e investigadora del Centro de Investigación y Docencia Económicas, CIDE A. C., adscrita al Programa de Política de Drogas (PPD). Se agradece el apoyo y esfuerzo detallado de las asistentes de investigación para el levantamiento de entrevistas: Nancy Chávez Llamas, Rebeca Calzada Olvera y Liliana García de Loera. También se agradece la participación de la Dra. Karina Videgain en el análisis cuantitativo y la edición editorial de la Mtra. Marcela Pomar, su revisión y comentarios.

Índice

Introducción	8
1. Caracterización de las personas que acudieron a centros no gubernamentales de tratamiento para uso problemático de drogas en SLP 1994 – 2015	10
Personas que acudieron a tratamiento por uso problemático de sustancias a centros de tratamiento no gubernamentales entre 1994 y 2016. Una caracterización sociodemográfica	11
Trayectorias de uso de drogas	20
Consideraciones generales sobre las personas que acudieron a tratamiento por uso problemático de sustancias a CTNG entre 1994 y 2016 en SLP	45
2. Caracterización de los servicios de tratamiento para el uso problemático de drogas en San Luis Potosí, México	47
Caracterización de los servicios que ofrecen los CAPA-SLP	48
Caracterización de los servicios de tratamiento residenciales de San Luis Potosí, México	58
Consideraciones generales sobre los servicios de tratamiento al uso problemático de drogas en SLP	75
3. Retos y brechas de atención para el uso problemático de drogas en SLP. Conclusiones y recomendaciones	79
5. Referencias	86
6. Anexos	89
Anexo 1. Notas metodológicas	89
Análisis de la oferta de servicios de tratamiento	
Análisis de los perfiles de las personas que acudieron a servicios de tratamiento no gubernamentales y sus trayectorias de consumo de sustancias desde una perspectiva de curso de vida	
Aspectos éticos de la investigación	
Limitaciones del estudio	

Anexo 2. Aprobación del estudio por parte del comité de ética de la SSA-SLP	100
Anexo 3. Categorías y variables que se recolectaron en la ficha de caracterización de centros de tratamiento	101
Anexo 4. Categorías y subcategorías analíticas de entrevistas semiestructuradas aplicadas a consejeros de centros de tratamiento para el uso problemático de drogas en San Luis Potosí	102
Anexo 5. Categorías y subcategorías analíticas de entrevistas semiestructuradas aplicadas a usuarios de centros de tratamiento para el uso problemático de drogas en San Luis Potosí	103
Anexo 6. Características y tamaños de las muestras trabajadas a partir de la base de datos de centros de tratamiento no gubernamentales de SLP del SISVEA 1994-2015	104
Anexo 7. Ejemplo de trayectorias de uso de drogas reconstruidas	105

Resumen

Este documento busca aportar recomendaciones de política pública para mejorar la oferta de servicios de tratamiento para el uso problemático de drogas en SLP, a partir de las características de las personas que demandan estos servicios y de la oferta de servicios existente en el estado. Para lograrlo, diseñamos un estudio mixto donde en la parte cualitativa se caracteriza la oferta de servicios de tratamiento para uso de sustancias. Se destaca el énfasis en la abstinencia y los servicios intramuros y se subraya la necesidad de ampliar la oferta de servicios, en particular, de aquellos de corte comunitario que permitan identificar a personas usuarias antes de que presenten uso problemático para que puedan adoptar prácticas de autocuidado de la salud bajo un enfoque de reducción de riesgos y daños. Se subraya también la necesidad de impulsar el mejoramiento de las condiciones de vida y de tratamiento que se ofrecen en centros de tratamiento residencial administrados por organizaciones de la sociedad civil.

En la parte cuantitativa se describen las características sociodemográficas y las trayectorias de consumo de personas que ingresaron a algún servicio de tratamiento residencial entre 1994 y 2016, y que se registraron en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Destaca de los hallazgos que, aunque las mujeres inician más tardíamente su trayectoria de consumo, ingresan de manera más temprana a tratamiento, en la mayoría de los casos siendo menores de edad, y de manera no voluntaria. En hombres y mujeres, el alcohol es la principal sustancia de inicio en las trayectorias de consumo y de búsqueda de atención. Al momento de ingresar a tratamiento, la mayoría de las personas ha utilizado hasta cinco sustancias psicoactivas, siendo las más comunes: alcohol, marihuana, inhalables, cocaína y psicotrópicos. Hasta 2016, menos de 4% de las personas que ingresaban a tratamiento lo hacían por uso de metanfetamina. El análisis generacional muestra que las personas nacidas a partir de 1980 tienen trayectorias más tempranas y aceleradas de uso de sustancias, donde incorporan mayor diversidad de sustancias en comparación con las personas nacidas antes de 1980. El análisis de calendario muestra que a los 15 años, la mitad de la población ha usado alguna sustancia psicoactiva y, a partir de los 17 años, se observa mayor diversidad en el tipo de sustancias incorporadas en las trayectorias de consumo.

Estos hallazgos suponen la necesidad de ampliar la oferta de servicios para menores de edad y para mujeres, atendiendo a sus trayectorias particulares de uso de sustancias. Asimismo, se hace imperativo reforzar las campañas de prevención de uso problemático de alcohol y de prevención de uso de alcohol en menores, reconociendo que ésta es la sustancia con mayor demanda de atención en el estado.

Introducción

Este documento describe cómo se organiza la oferta de servicios en salud (públicos y privados) para el uso problemático de drogas en San Luis Potosí (SLP) y algunas características de las personas que recurren a dichos servicios, así como sus trayectorias de uso de drogas. El documento busca responder a tres preguntas centrales: ¿cómo son las trayectorias de uso de sustancias de las personas que acuden a centros de tratamiento no gubernamentales?, ¿cuáles son las características de los servicios de tratamiento para el uso problemático de drogas ofrecidos en San Luis Potosí?, ¿cuáles son las brechas en la oferta de estos servicios?

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Uso de Drogas (ENCODAT 2016-2017), la incidencia acumulada⁵ del uso de alguna droga ilícita en la población de 12 a 65 años en SLP pasó de 3.0% en 2008 a 7.5% en 2016, representando un incre-

mento de 150%. La prevalencia de uso de drogas ilegales en el último año pasó de 0.4% a 2.0% en el periodo, reflejando un incremento de 400%;⁶ mientras que la prevalencia de uso de alguna droga ilegal en el último mes creció 200%, pasando de 0.2% a 0.6% en el periodo.⁷ Si bien no se publican indicadores que permitan monitorear cambios en la proporción de personas con dependencia, es relevante el aumento de 200% en la incidencia anual de uso de sustancias, pues constituye el universo en riesgo para el desarrollo de patrones de dependencia y/o uso problemático. Con respecto al consumo del alcohol, la ENCODAT reporta una prevalencia anual de consumo excesivo de 29.6%, ubicándose dos puntos porcentuales por encima del promedio na-

1 Uso de alguna sustancia ilegal alguna vez en la vida.

2 Villatoro *et. al* (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. *Reporte de Drogas*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud; Ciudad de México, Mx.

3 *Idem*.

cional (27.6%). La prevalencia de consumo excesivo de alcohol en el último mes fue de 17.9%.⁴

El presente trabajo busca aportar recomendaciones de política pública para mejorar la oferta de servicios de tratamiento para el uso problemático de drogas en SLP, a partir de las características de las personas que demandan estos servicios y de la oferta existente de servicios en el estado. El documento está organizado en cuatro apartados. En la primera parte se presenta un análisis cuantitativo de los perfiles de las personas que acudieron a centros de tratamiento no gubernamentales entre 1994 y 2016, y de sus trayectorias de uso de sustan-

cias. En la segunda parte se describen las características de los servicios en términos de infraestructura, perfiles profesionales de los encargados, enfoques de tratamiento y sistemas de referencia y contrarreferencia que facilitan, o no, la integración de los servicios de atención a adicciones con otros servicios de salud en el estado. En la tercera parte se resumen las recomendaciones generales para mejorar la oferta de servicios de tratamiento al uso problemático de drogas a partir de los hallazgos de esta investigación. En el Anexo 1 se describe la estrategia metodológica a través de la cual se accedió a los datos y las técnicas analíticas empleadas.

4 *Idem.*

Caracterización de las personas que acudieron a centros no gubernamentales de tratamiento para uso problemático de drogas en SLP 1994-2015

En este apartado se busca responder a la pregunta: ¿cómo son las trayectorias de uso de sustancias de las personas que acuden a los Centros de Tratamiento No Gubernamentales (CTNG)? Para contestarla se realizó un análisis cuantitativo longitudinal de la base de datos de personas que ingresaron a los CTNG que fueron registrados en el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA) en SLP entre 1994 y 2016.⁵

En un primer momento se presenta una caracterización sociodemográfica de las 21,540 personas que conforman esta base, enfatizando las diferencias por sexo y cohorte de nacimiento. En un segundo momento se presenta el análisis de las trayectorias de uso de drogas de sujetos mayores de 25 años

que utilizaron cualquier sustancia psicoactiva antes de los 26 años. Se realiza un análisis de secuencias y se comparan estas secuencias según sexo, cohorte de nacimiento y tipo de droga de inicio. En un tercer momento se presenta un análisis logístico que busca identificar factores asociados a la probabilidad de tener una de las trayectorias analizadas. Se cierra este apartado con unas conclusiones generales sobre los usuarios de los CTNG de SLP. Conviene mencionar que este apartado incluye a personas que solicitaron atención tanto por uso de alcohol (n=9,930; 46.9%), tabaco (n=2,041; 9.6%), como por uso de sustancias ilegales (n=9,214; 43.5%).

⁵ Sin embargo, es de recordar que para 2010 la base no registra ningún caso, y para 2011 y 2012 sólo se reporta un caso en cada año.

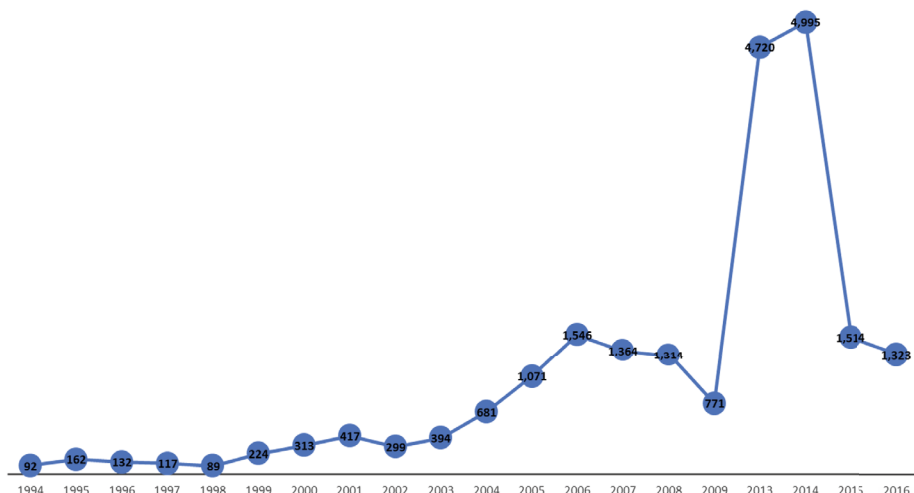
Personas que acudieron a tratamiento por uso problemático de sustancias a centros de tratamiento no gubernamentales entre 1994 y 2016. Una caracterización sociodemográfica

El total de registros del SISVEA-SLP evidencia la tendencia de una demanda de tratamiento creciente en CTNG (Gráfica 1). Llamamos la atención los picos de 2013 y 2014, donde se registran 4,720 y 4,995 personas, respectivamente. Es posible que estos picos respondan a que en los tres años anteriores (2010, 2011 y 2012) no se registraron ingresos, por lo que estos ingresos pudieron haber sido reportados en los años siguientes (2013-2014). Las gráficas presentadas a continuación para todas las variables muestran picos importantes

para los años 2013 y 2014 que perturban el análisis de tendencia que aquí se busca esbozar. En este punto es importante subrayar la importancia de la calidad de los datos sobre uso de drogas –de por sí pocos y limitados– para diseñar y evaluar políticas públicas acordes a las realidades que se viven en campo.

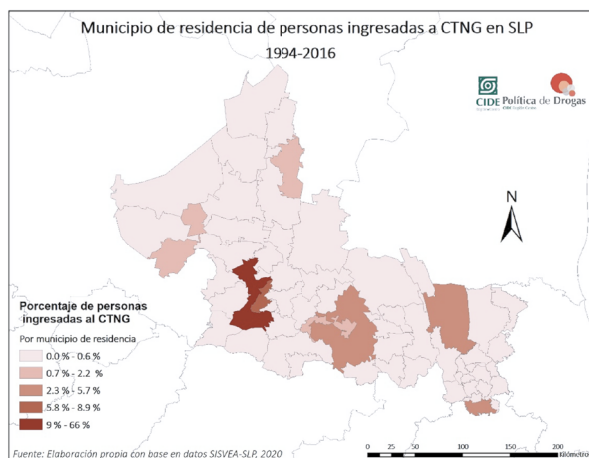
El 97.7% de las personas ingresadas a tratamiento a CTNG residen en el estado, principalmente en los municipios de SLP (65.5%), Soledad de Graciano Sánchez (8.8%), Ciudad Valles (5.7%), Río Verde (4.2%), Tamazunchale (3.4%) y Matehuala (2.3%). Ciudad Fernández y Salinas representan el 1.4% y 1.1% de los casos, respectivamente. El resto de los municipios representa menos del 1% de los casos (Mapa 1).

Gráfica 1. Tendencias en el volumen de personas que ingresaron a tratamiento por uso problemático de drogas a centros de tratamiento no gubernamentales. SLP, 1994-2016



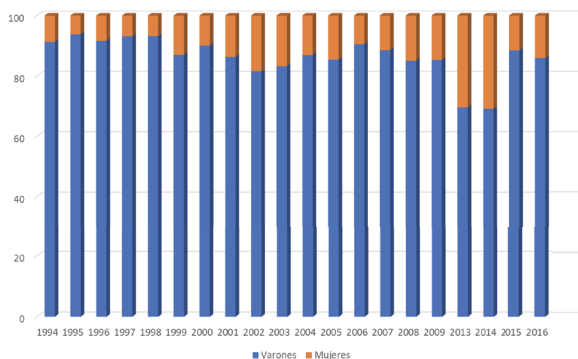
Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

Mapa 1. Municipios de residencia de personas ingresadas a centros de tratamiento no gubernamentales (CTNG). SLP, 1994-2016



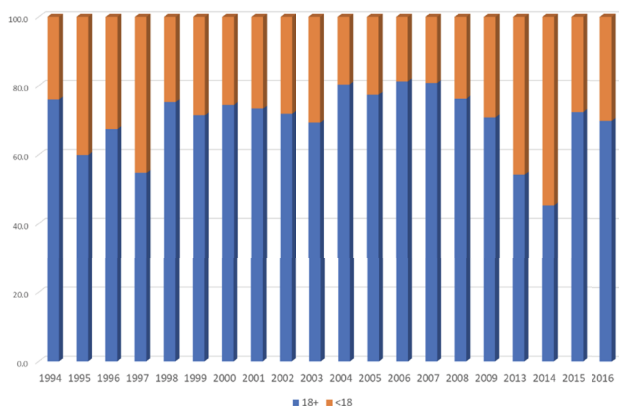
Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

Gráfica 2. Distribución por sexo de personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



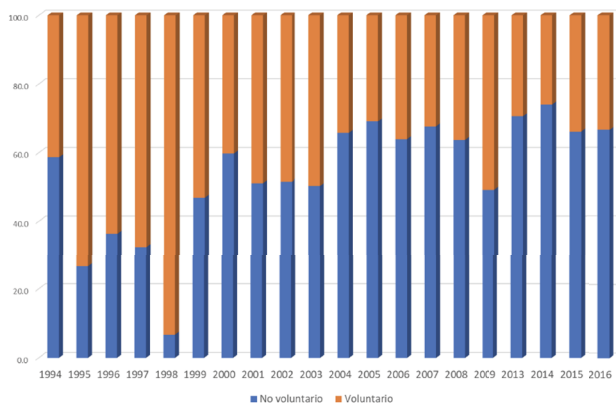
Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

Gráfica 3. Distribución de casos por minoría de edad al momento de ingresar a tratamiento en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

Gráfica 4. Distribución de casos por voluntariedad de ingreso a tratamiento en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

Las mujeres constituyen el 21% de los casos y los hombres el 79%, lo que resulta relativamente consistente en el tiempo (Gráfica 2), con una distribución promedio por año de 14%, en contraste con el 86% de varones.

Al analizar la estructura por edad de las personas que ingresaron a tratamiento en CTNG encontramos que 25% ingresó a los 16 años o menos, 50% lo hizo hasta los 25 años y 75% ingresó a los 35 años o menos. Es decir, las personas ingresan a tratamiento principalmente en su juventud. Es de particular importancia que 37% de las personas que ingresaron a tratamiento entre 1994 y 2016 lo hicieron siendo menores de edad. Al analizar la distribución de los datos en el tiempo, se observa una ligera tendencia creciente de la proporción de menores que ingresan a estos espacios (Gráfica 3).

La Gráfica 4 muestra la distribución de los sujetos según la voluntariedad del ingreso al tratamiento. Llama la atención que a partir de 2003 se incrementa la proporción de personas que ingresan a tratamiento de manera no voluntaria. Diversos estudios han mostrado que el tratamiento compulsivo no sólo es menos efectivo, sino que se asocia con una mayor probabilidad de reingreso y muerte por sobredosis.⁶ En general, el 33.7% del total de personas que ingresaron a tratamiento en el periodo lo hicieron libremente. Sólo el 20% de los menores de edad que ingresaron a tratamiento lo hicieron voluntariamente.

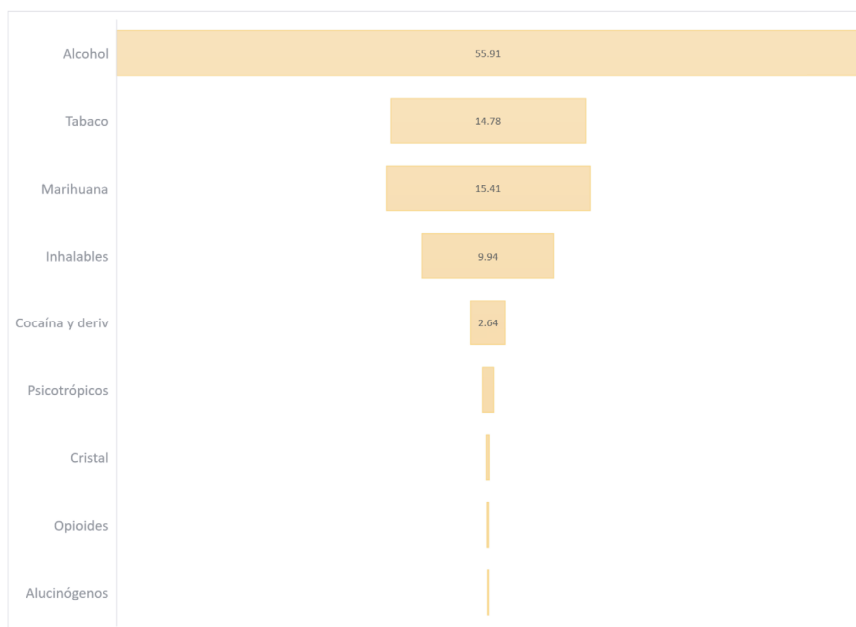
Con respecto a la droga de inicio, encontramos que 71% de las personas que ingresa-

ron a tratamiento en el periodo analizado iniciaron su trayectoria de uso de sustancias con drogas legales (alcohol o tabaco). Las principales sustancias ilegales de inicio son marihuana (15.4%) e inhalables (9.9%). Las metanfetaminas (cristal) fueron la tercera droga de inicio menos común (0.2%), después de los alucinógenos (0.09%), los opiáceos y opioides (0.1%) (Gráfica 5).

La edad mediana al primer uso de sustancias psicoactivas (legales e ilegales) fue de 15 años y el 75% que acudió a tratamiento inició su *trayectoria* de uso de sustancias antes de los 17 años. 26.4% declaró haber estado en tratamiento en otras ocasiones; de ellos, 48.8% ha estado sólo una vez, es decir, el internamiento actual sería el segundo, y 33.6% ha estado internado entre dos y tres veces antes del internamiento actual.

6 Rafful, C., Medina-Mora, M.E., González-Zúñiga, P., Jenkins, J., Rangel, G., Strathdee, S., & Davidson, P. (2019). "Somebody is Gonna be Hurt": Involuntary Drug Treatment in Mexico, *Medical Anthropology*.

Gráfica 5. Distribución de casos por droga de inicio en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

Al momento del ingreso a tratamiento, la mayoría de las personas declaró haber usado hasta cuatro sustancias legales e ilegales a lo largo de su biografía y menos del 5% de los casos había usado más de seis sustancias. La principal sustancia de impacto, es decir, la sustancia por la cual buscan tratamiento, es el alcohol (47.0%), mientras que la principal sustancia ilegal por la cual solicitan tratamiento, –de aquí en adelante, droga de impacto–, es la marihuana (21.7%). Las metanfetaminas aparecen como la segunda sustancia de impacto menos común (0.27%), después de los alucinógenos (0.16%).

Conviene señalar que 71.6% y 72.3% de las personas que reportan marihuana e inhalables como droga de impacto, respectivamente, reportaron ingreso involuntario a tratamiento. En contraste, sustancias de mayor impacto como metanfetaminas, cocaína y derivados, presentan una proporción menor de ingreso involuntario (48.4% y 47.4%, respectivamente) (Tabla 1).

Tabla 1. Voluntariedad de ingreso al tratamiento según droga de impacto en personas que ingresaron a CNTG. SLP, 1994-2016

Droga de impacto	Ingreso involuntario (n=14,106)
Alcohol (n=9,930)	68.0
Tabaco (n=2,041)	59.8
Marihuana (n=4,602)	71.6
Inhalables (n=2,506)	72.3
Cocaína y derivados (n=1,567)	47.4
Psicotrópicos (n=357)	54.1
Opioides (n=33)	45.5
Cristal (n=91)	48.4
Alucinógenos (n=58)	46.6

Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

El análisis por sexo muestra que, si bien el internamiento involuntario es la norma, en las mujeres la situación es significativamente mayor en comparación con los varones (73.5% vs. 64.4%, respectivamente; $p<0.001$).

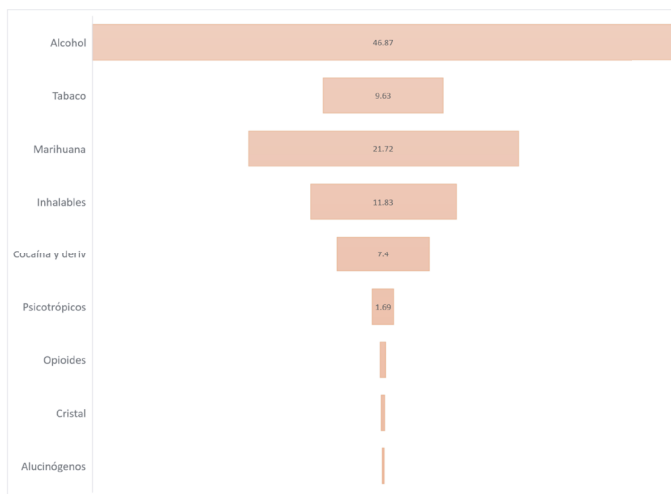
Asimismo, el análisis por sexo muestra que en las mujeres el internamiento tiene lugar mayoritariamente antes de los 18 años (52.9% vs. 32.1% en varones; $p<0.001$). En general, 60.1% de las mujeres ingresa a tratamiento antes de los 20 años y sólo una cuarta parte lo hace entre los 20 y los 39 años. En contraste, en los varones 40.6% lo hace antes de los 20 años y otro 40.18% lo hace entre los 20 y los 39 años. No es menor que mientras un 27.5% de las mujeres ingresaron a tratamiento antes de los 15 años, en los hombres sólo 12.3% lo hace a tan temprana edad. Todas las diferencias son altamente significativas estadísticamente ($p<0.001$).

Estas características de la composición por edad y sexo de la población que ingresa a tratamiento ponen sobre la mesa dos elementos para reflexionar. En primer lugar, subraya la situación de vulnerabilidad de las mujeres en tratamiento –en su mayoría menores de 20 años–, que se agudiza si se tiene en cuenta lo siguiente: la insuficiente supervisión por parte de las autoridades de salud en los CTNG –que se reporta en la primera parte de este informe–, el limitado número de espacios de tratamiento para mujeres, las violaciones documentadas a derechos humanos que suceden en estos espacios (CDHSLP, s/f) y la violación a derechos humanos que se documenta en este informe específicamente en un centro exclusivo de mujeres.

En segundo lugar, las edades tan tempranas de ingreso a tratamiento entre mujeres permiten pensar que son internadas en los

primeros años de su trayectoria de uso de drogas, mientras que los varones son ingresados cuando sus trayectorias ya están configuradas. Esto puede ser un indicio de que el uso de sustancias es más reprobado socialmente en las mujeres que en los hombres y, por ello, éstas son internadas más tempranamente.

Gráfica 6. Distribución de casos por droga de impacto en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

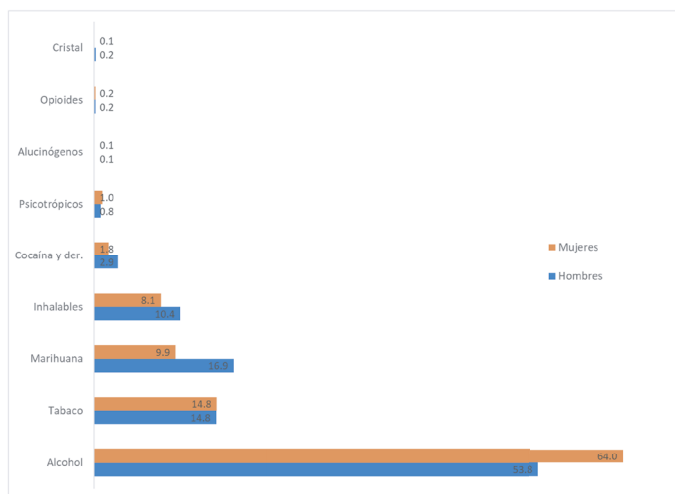
Con respecto a las drogas de inicio e impacto, el análisis por sexo muestra que, si bien el alcohol es la principal droga de inicio e impacto para toda la población, la proporción es significativamente mayor en las mujeres en comparación con los varones (64.0% vs. 53.8% y 57.3% vs. 44.1%, respectivamente; $p<0.001$). Asimismo, aunque la marihuana y los inhalables son las principales sustancias ilegales de inicio en toda la población, la proporción es significativamente menor en el caso de las mujeres en comparación con los hombres (9.9% vs. 16.9% y 8.1% vs. 10.4%, respectivamente; $p<0.001$) (Gráfica 7).

La marihuana y los inhalables son también las principales sustancias ilegales por las cuales la población es ingresada a tratamiento. Sin embargo, la proporción es menor

para las mujeres en el caso de la marihuana (13.6% vs. 23.7% en varones; $p<0.001$), mas no en el caso de los inhalables, siendo la única sustancia donde hombres y mujeres alcanzan proporciones similares (11.6% en mujeres vs. 12.0% en varones) (Gráfica 8). Esto quiere decir que las mujeres, en mayor proporción que los hombres, inician su trayectoria de uso de drogas con sustancias legales y el alcohol es la principal droga de impacto en ellas.

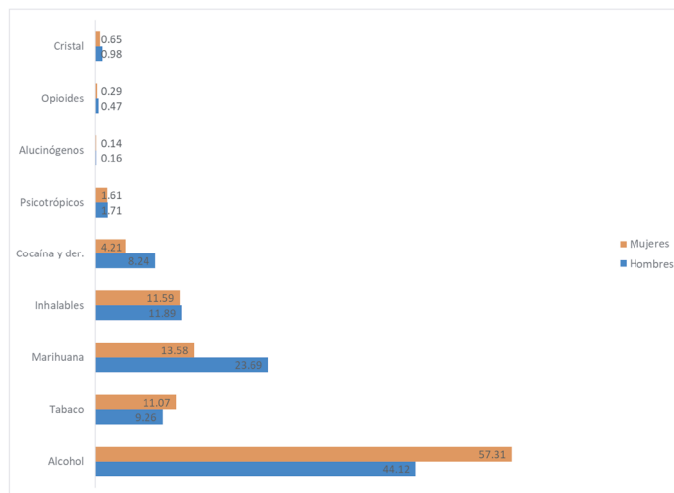
Al analizar los datos por cohorte de nacimiento vemos que, aunque los hombres son mayoría, la cohorte más joven (nacidos a partir de 1980) tienen mayor proporción de mujeres que la cohorte mayor (23.9% vs. 15.4%; $p<0.001$). Esto significa que la proporción de mujeres que ingresan a tratamiento casi se ha doblado en el tiempo.

Gráfica 7. Droga de inicio por sexo en personas que ingresaron a CTNG (%). SLP, 1994-2016



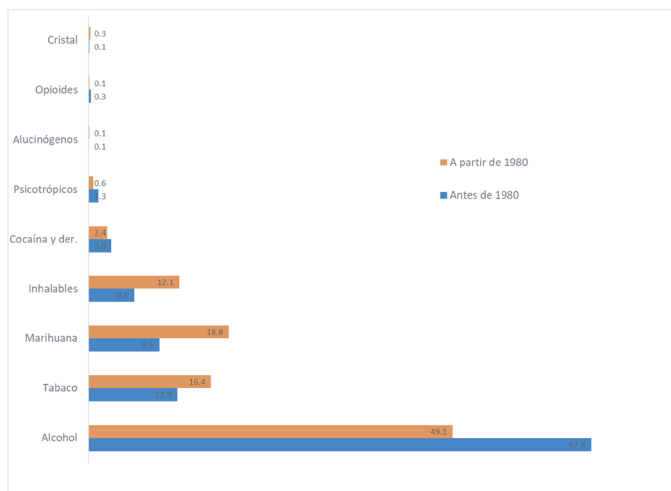
Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

Gráfica 8. Droga de impacto por sexo en personas que ingresaron a CTNG (%). SLP, 1994-2016



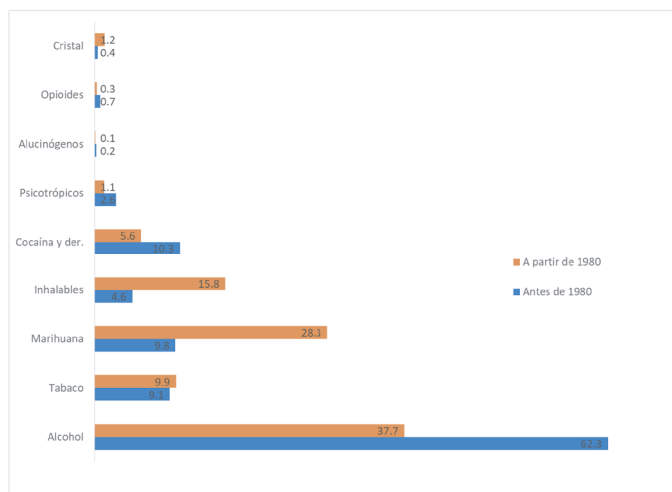
Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

Gráfica 9. Droga de inicio por cohorte de nacimiento en personas que ingresaron a CTNG (%). SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

Gráfica 10. Droga de inicio por cohorte de nacimiento en personas que ingresaron a CTNG (%). SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos del SISVEA-SLP, 2020.

Con respecto a las drogas de inicio e impacto, la comparación entre generaciones muestra que, si bien el alcohol es la principal sustancia de inicio e impacto en ambas generaciones, el tabaco, la marihuana y los inhalables son significativamente más comunes como drogas de inicio en la generación más joven (Gráfica 9). Una mayor proporción de personas nacidas a partir de 1980 reportan marihuana, inhalables y metanfetaminas (cristal) como drogas de impacto, mientras que en sustancias como alcohol, cocaína y pastillas psicotrópicas los nacidos antes de 1980 tienen mayor participación en comparación con los nacidos después (Gráfica 10).

A continuación se analizan las trayectorias de uso de drogas, con lo cual se busca describir el proceso a través del cual una persona va incorporando el uso de diversas sustancias legales e ilegales a su trayectoria

de consumo hasta devenir en la necesidad de internamiento.

Trayectorias de uso de drogas⁷

Este análisis se realiza con los sujetos mayores de 25 años que reportaron eventos de uso de sustancias antes de los 26 años. El periodo de análisis es entre los 5 y los 25 años de edad. Esto corresponde a 7,903 casos de los 21,903 que conforman la base general SISVEA-SLP (2020) que se analizó en el subapartado anterior. Como se explica en el anexo metodológico, este recorte permite controlar sesgos por las edades diferenciadas de ingreso a tratamiento y te-

⁷ El análisis estadístico de este apartado fue preparado por la Dra. Karina Videgain.

ner mejores indicadores sobre las edades a las cuales los sujetos experimentan con distintas sustancias.

En esta sub-base, las mujeres representan 11.2% de los casos (n=886) y los varones el 88.8% restante (n=7,107). Las personas nacidas antes de 1980 representan 60.4% de los casos (n=4,776) y las nacidas a partir de 1980 representan el 39.6% restante (n=3,127).⁸

Análisis de eventos

La edad mediana al primer uso de sustancias psicoactivas en las personas que ingresaron a tratamiento a CTNG entre 1994 y 2016 es de 15 años. A los 18 años, 75% de la población ya había probado al menos una sustancia psicoactiva. Nótese que es la misma edad obtenida para la base SISVEA-SLP (2020), a pesar del recorte de los

casos. La Tabla 2 muestra el porcentaje de casos que corresponde a cada tipo de sustancia según el orden en que es introducida en las trayectorias de consumo.

Es relevante que 66.4% de los casos inician la trayectoria con uso de alcohol y que sólo 19.9% inicia con uso de alguna sustancia ilegal, siendo la más importante (10%) la marihuana. En 53.1% de los casos, la segunda droga de la trayectoria también es legal (alcohol o tabaco) y las sustancias ilegales representan 46.9% de los casos, siendo entre ellas la marihuana aquella con mayor proporción (22.7%) y, en segundo lugar, la cocaína (11.5%). Las sustancias ilegales adquieren protagonismo sólo como tercera sustancia en las trayectorias de uso de drogas, siendo las más reportadas la cocaína y derivados (25.9%), y la marihuana (25.2%) (Tabla 2).

8 Estas distribuciones significan cambios importantes en la composición de la muestra en relación con la base general SISVEA-SLP (2020), donde 21% eran mujeres, 79% varones, 22.4% habían nacido antes de 1980 y 77.6% a partir de 1980.

Tabla 2. Tipos de droga e intensidad en el ordenamiento en las trayectorias de uso de drogas en la submuestra de personas mayores de 25 años que acudieron a CTNG y que iniciaron el uso de sustancias antes de los 26 años. SLP, 1994-2016

Tipos de droga	Orden en la trayectoria de uso de drogas									
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°
Alcohol	66.4%	28.3%	12.6%	9.9%	12.5%	16.2%	16.1%	4.0%	10.0%	25.0%
Tabaco	13.7%	24.8%	8.5%	6.5%	3.7%	7.7%	6.5%	8.0%	0.0%	0.0%
Marihuana	10.0%	22.7%	25.2%	12.7%	5.8%	2.1%	8.1%	4.0%	0.0%	0.0%
Inhalables y solventes	5.9%	7.7%	12.6%	13.4%	10.5%	12.0%	9.7%	12.0%	0.0%	0.0%
Alucinógenos	0.1%	0.5%	2.3%	3.9%	8.8%	4.9%	16.1%	24.0%	40.0%	0.0%
Heroína y opioides	0.1%	0.2%	0.9%	2.2%	4.2%	4.3%	4.8%	8.0%	10.0%	0.0%
Cocaína y derivados	2.7%	11.5%	25.9%	34.8%	33.5%	31.0%	21.0%	16.0%	20.0%	25.0%
Psicotrópicos	0.9%	3.8%	10.4%	13.0%	16.4%	16.2%	11.2%	12.0%	20.0%	25.0%
Metanfetaminas	0.2%	0.5%	1.6%	3.6%	4.6%	5.6%	6.5%	12.0%	0.0%	25.0%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

El análisis por sexo muestra que las mujeres exhiben trayectorias ligeramente más tardías en comparación con los hombres (Gráfica 11). Por ejemplo, mientras en los varones la edad mediana a la primera sustancia psicoactiva⁹ es los 15 años, en las mujeres la edad mediana a este evento es los 17 años. Sin embargo, las edades medianas de ingreso a la tercera sustancia¹⁰ son iguales para hombres y mujeres (17.5 años), pero el

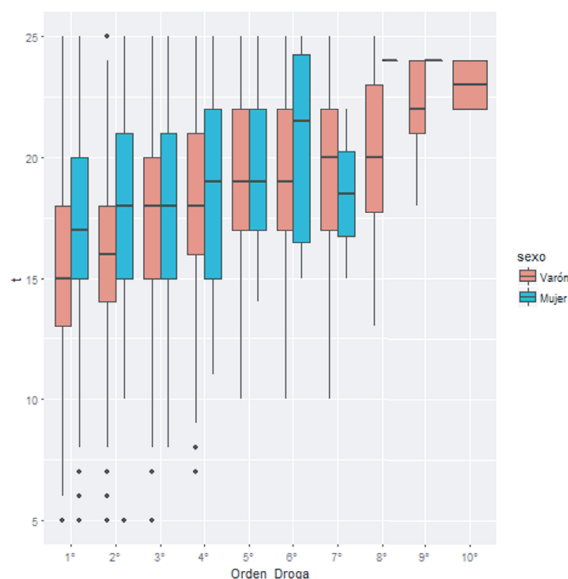
ingreso a una cuarta sustancia¹¹ vuelve a ser más tardía para las mujeres en comparación con los hombres.

9 Que en 66.4% de los casos es alcohol (ver Tabla 6).

10 Que en 25.2% de los casos es marihuana y 23.4% de los casos es cocaína (ver Anexo 7).

11 Que en 34.8% de los casos es cocaína y/o derivados, en 13.4% son inhalables, en 13% psicotrópicos (ver Anexo 7).

Gráfica 11. Edades de ingreso a sustancias según el orden en la trayectoria entre hombres y mujeres que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

El análisis por sexo muestra que las mujeres exhiben trayectorias ligeramente más tardías en comparación con los hombres (Gráfica 11). Por ejemplo, mientras en los varones la edad mediana a la primera sustancia psicoactiva¹² es los 15 años, en las mujeres la edad mediana a este evento es los 17 años. Sin embargo, las edades medianas de ingreso a la tercera sustancia¹³ son iguales para hombres y mujeres (17.5 años), pero el ingreso a una cuarta sustancia¹⁴ vuelve a ser

más tardía para las mujeres en comparación con los hombres.

La distribución por edad entre mujeres tiende a ser más amplia que en varones. En varones, gran parte de ellos alcanzan a cada una de las drogas (de la 1 a la 10) en un número más reducido de edades, en comparación con las mujeres. Éstas tendrían calendarios a cada una de ellas un poco más heterogéneos.

El análisis por cohorte de nacimiento (Gráfica 12) muestra que, aunque las personas nacidas a partir de 1980 inician sus trayectorias de uso de drogas un año antes que los nacidos antes de 1980, éstas experimentan la transición a la segunda y tercera droga a edad similar que estos últimos, pero

12 Que en 66.4% de los casos es alcohol (ver Tabla 6).

13 Que en 25.2% de los casos es marihuana y 23.4% de los casos es cocaína (ver Anexo 7).

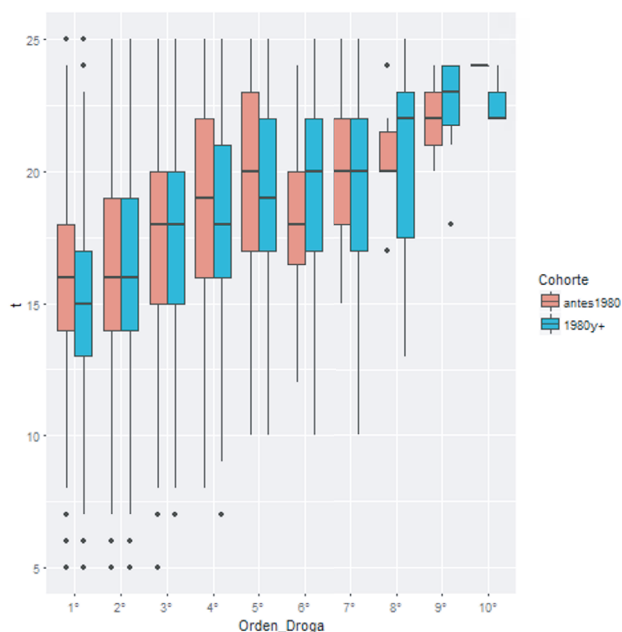
14 Que en 34.8% de los casos es cocaína y/o derivados, en 13.4% son inhalables, en 13% psicotrópicos (ver Anexo 7).

las transiciones a la cuarta y quinta se viven más tempranamente en la cohorte más joven. Esto sugeriría que las personas más jóvenes tienen trayectorias más tempranas y aceleradas en comparación con las generaciones mayores. Este hallazgo sugeriría la importancia de diseñar programas para la postergación en las edades de inicio de uso de sustancias tanto legales como ilegales, en lugar de centrarse en el discurso de la abstinencia como meta única de la prevención.

Cuando analizamos los calendarios a las diferentes sustancias según el tipo de droga

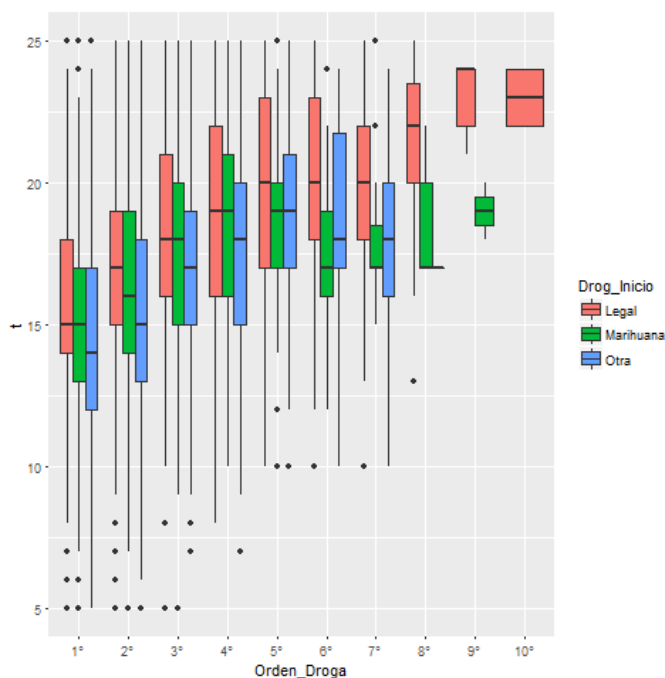
de inicio, vemos que las personas que se inician con sustancias ilegales distintas a la marihuana tienen trayectorias más tempranas y aceleradas en comparación con aquellas que se inician con sustancias legales e incluso con marihuana. Llama la atención que marihuana y sustancias legales comparten edad mediana. El inicio es más temprano con marihuana que con legales, pero a los 15 años el 50% de unos y otros ya habían consumido al menos una vez droga legal y marihuana (Gráfica 13).

Gráfica 12. Edades de ingreso a sustancias según el orden en la trayectoria. Comparación entre cohortes de nacimiento de personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Gráfica 13. Edades de ingreso a sustancias según el orden en la trayectoria. Comparación por tipo de droga de inicio en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Análisis de secuencias de estados

Se trabajó con ocho estados¹⁵ que daban cuenta de los tipos de sustancia que se hubieran usado al menos alguna vez en cada edad (entre los 5 y los 25 años de edad). De 7,909 casos observados en nuestra po-

blación de estudio se observaron 1,349 secuencias únicas. Esto nos da cuenta de un alto nivel de concentración de experiencias, pues si tuviéramos tantas trayectorias diferentes como individuos obtendríamos 7,909 secuencias únicas.

En la Tabla 3 se puede observar la distribución de las 20 secuencias más frecuentes. Cada secuencia está compuesta por estados y el número de años que las personas permanecieron en él. La secuencia con más frecuencia concentra 602 casos y da cuenta de aquellas personas que estuvieron 10 años sin consumir ninguna sustancia (de los

¹⁵ Los estados son momentos particulares a través de los cuales se va configurando en el tiempo la trayectoria de uso de drogas. Por ejemplo, en este estudio hablamos de estado de no consumo de sustancias (NC), estado de uso de sustancias legales (L), uso de marihuana (M), uso de otras sustancias ilegales distintas a marihuana (O). Para profundizar en este aspecto ver el Anexo 1. Apartado 1.2.3.

5 a los 14 años) y luego 11 años en el estado –legal– (uso exclusivo de sustancias legales). Esto quiere decir que consumió por primera

vez alguna sustancia legal a los 15 años y de ahí en adelante, hasta sus 25 años, no probó otro tipo de sustancias.

Tabla 3. Secuencias más frecuentes en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016

Secuencias	Casos	Proporción
NC/10-L/11	602	7.61
NC/13-L/8	539	6.82
NC/12-L/9	486	6.14
NC/11-L/10	421	5.32
NC/9-L/12	413	5.22
NC/15-L/6	386	4.88
NC/8-L/13	265	3.35
NC/7-L/14	226	2.86
NC/20-L/1	168	2.12
NC/14-L/7	129	1.63
NC/17-L/4	115	1.45
NC/5-L/16	74	0.94
NC/16-L/5	67	0.85
NC/18-L/3	66	0.83
NC/6-L/15	54	0.68
NC/19-L/2	50	0.63
NC/4-L/17	39	0.49
NC/10-L.M.O/11	38	0.48
NC/3-L/18	37	0.47
NC/10-L.M/11	34	0.43
Total	4209	53.2

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

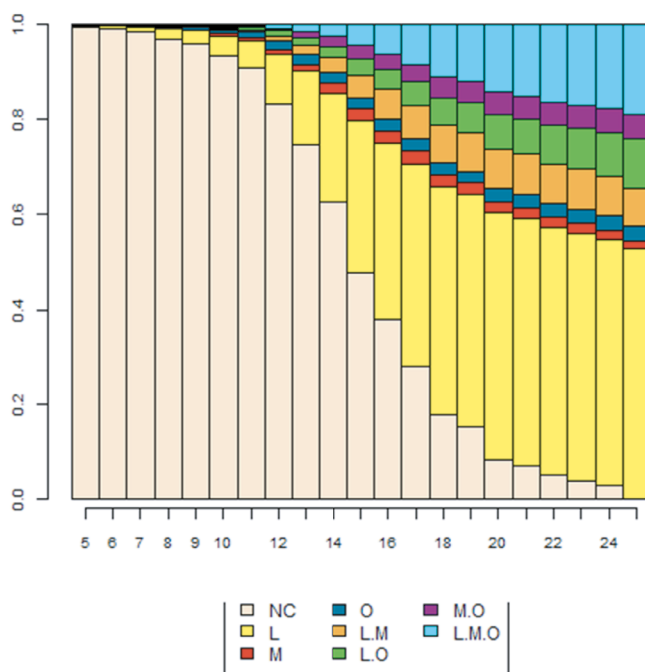
Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

La Tabla 3 muestra que las trayectorias más frecuentes (aquellas que concentran el mayor número de casos) son las compuestas por uso de sustancias exclusivamente legales. Éstas son las 18 secuencias más frecuentes (52.3%). La diferencia entre ellas es la edad de inicio a las sustancias (tabaco y/o alcohol), siendo la edad más temprana los 9 años (NC/4-L/17) y la más tardía, los 25 años (NC/20-L/1). También es interesante destacar que a estas trayectorias (más de la mitad) que sólo usaron sustancias legales los primeros 25 años de sus vidas, les sigue aquella que combina de manera conjunta y con inicio a la misma edad (a los 14 años), tres tipos de sustancias: legales, marihuana y otras no legales. La secuencia vigésima en frecuencia supone un inicio sincronizado a dos tipos de sustancias a los 15 años: legales y marihuana.

La Gráfica 14 muestra la distribución de los estados ordenados en secuencias para cada edad específica, dando cuenta de la heterogeneidad de experiencias en uso de sustancias alcanzada en cada año-persona. Lo primero que se observa es que son muy pocos los casos con entrada a uso de sustancias antes de los 12 años. A partir de los 12 años, más de la quinta parte de la población estudiada ha usado alguna sustancia legal o ilegal. A los 15 años ya la mitad de la población había usado alguna sustancia. Sin embargo, el uso de sustancias legales es preeminente en todas las edades. A los 17 años ya podemos observar mayor diversidad en el tipo de sustancias que se incorporan en las trayectorias. Se observa que las drogas legales son las más frecuentes en todas las edades, pero a éstas le siguen en frecuencia por edad aquellos estados que incluyen el uso de varias sustancias.

La estimación de duraciones promedio por estado proporciona una medida resumen del tiempo que las personas pasan en cada estado. La Gráfica 15 muestra que en poco más de la mitad del tiempo observado (12 años), los sujetos no consumen ninguna sustancia, momento en que pasan al segundo estado, uso de sustancias legales, donde permanecen en promedio seis años. En el estado de policonsumo de sustancias (legales, marihuana y otras sustancias ilegales) los sujetos permanecen alrededor de 2.5 años. Los estados de uso exclusivo de marihuana y otras drogas ilegales son aquellos con las duraciones más cortas (menos de un año). Esto se podría significar que las trayectorias de uso de sustancias se podrían dividir en tres grandes momentos: a) no consumo; b) paso del no uso al uso de sustancias legales; c) paso de sustancias legales a ilegales. Prolongar las duraciones de estos estados debería establecerse como una meta de política pública de drogas. Esto significa proponerse como meta la postergación de la edad de inicio de sustancias legales e ilegales ofreciendo, entre otras cosas, información sobre reducción de daños.

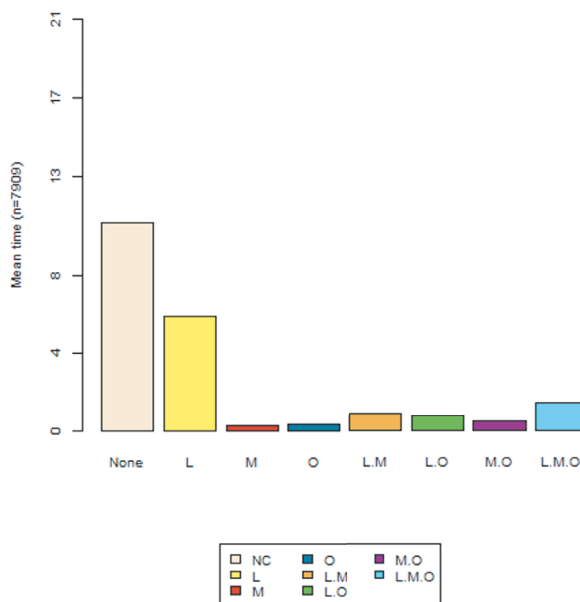
Gráfica 14. Histograma de secuencias a edades específicas en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

Gráfica 15. Duración en diferentes estados de la trayectoria de uso de drogas en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016

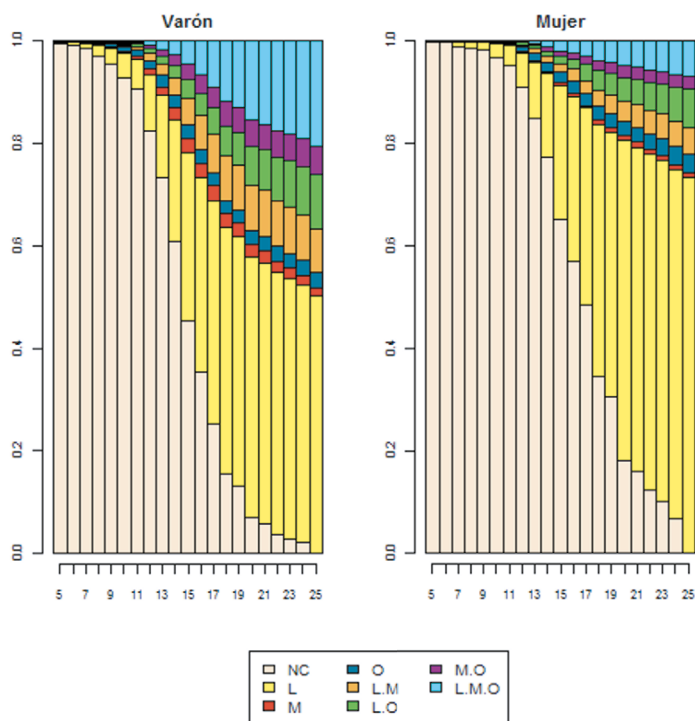


Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

La Gráfica 16 muestra la distribución de estados por edad para mujeres y varones por separado. Encontramos que, si bien el uso exclusivo de sustancias legales es el estado más común en la población durante las edades observadas, en las mujeres éste es mucho más relevante que en los varones. En las mujeres, el consumo de sustancias inicia un año posterior al de los hombres, como ya habíamos descrito, y a los 17 años el 50% de ellas ya había iniciado el uso de alguna sustancia. Por su parte, en los hombres a los 15 años, el 50% de la población de este estudio

ya había iniciado su trayectoria de consumo, lo que se explica por las expectativas de género asociadas al uso de sustancias que incentivan el uso de alcohol en los varones y lo castigan en las mujeres. Mientras en los hombres comenzamos a observar el uso de otras sustancias ilegales desde los 9 años, en las mujeres sólo se observa desde los 12 y es a partir de los 15 que se torna más importante en términos de intensidad. En tanto que en los hombres el uso combinado de sustancias legales, marihuana y otras sustancias ilegales se observa desde los 12 años, en las

Gráfica 16. Comparación por sexo de distribución de estados de las trayectorias de uso de drogas vividos entre 5 y 25 años en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



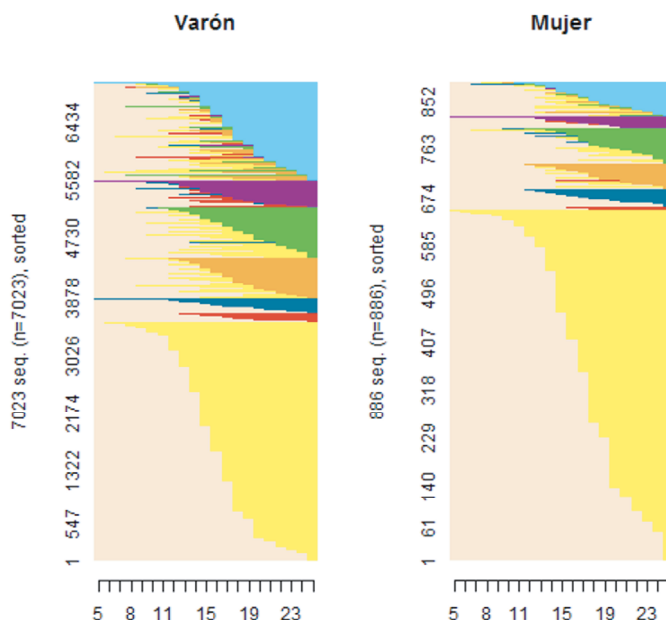
Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

mujeres esta trayectoria se observa a partir de los 14 años. En ambos sexos, el uso exclusivo de marihuana es relativamente rara, pero en las mujeres tiene mucha menor importancia en comparación con los varones.

El histograma permite identificar que en los hombres las trayectorias de sustancias son más tempranas y aceleradas, y en las mujeres no sólo son más tardías, sino también más escalonadas (Gráfica 16).

Gráfica 17. Comparación por sexo de trayectorias individuales de uso de drogas en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

La Gráfica 17 muestra cada una de las trayectorias individuales de los 5 a los 25 años para ambos sexos. Las trayectorias están ordenadas por el estado que se alcanza a los 25 años. En ella se observa con mucha claridad que las trayectorias de mujeres son, en su mayoría, de uso exclusivo de drogas legales y que el calendario de entrada a ellas es muy amplio. De igual manera, las mujeres alcanzan el estado de policonsumo en mucha menor cantidad y proporción que los varones.

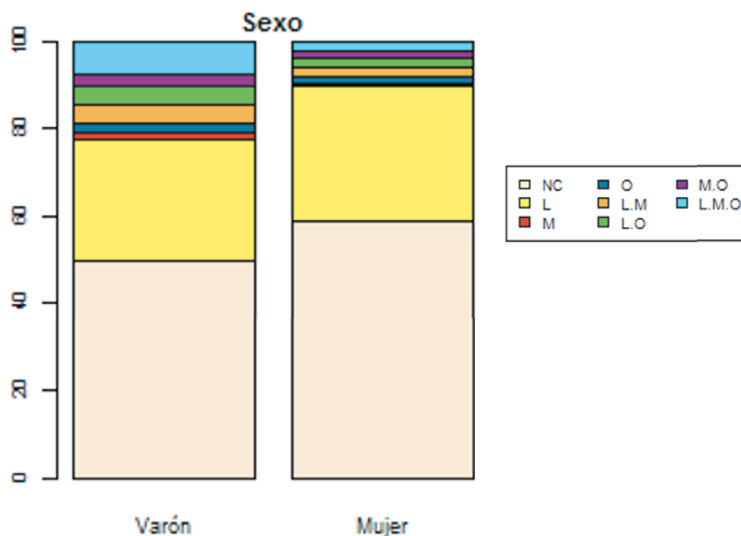
Como ya lo mencionamos, los varones presentan menor proporción de trayectorias de uso exclusivo de drogas legales; pero, al igual que las mujeres, muestran un calendario de entrada muy amplio.

Cuando comparamos la distribución de tiempos promedios que hombres y mujeres pasan en cada estado de la trayectoria de uso de drogas (Gráfica 18), vemos que las mujeres permanecen aproximadamente un 10% más de tiempo analizado (5 a 25

años de edad) que los hombres en el estado de no consumo, y cerca de un 12% más en el estado de uso de sustancias legales. En contraste, los tiempos de permanencia de las mujeres en los estados de uso de sustancias ilegales es menor; es decir, una vez que han transitado al uso de una sustancia ilegal, el tiempo que transcurre para incorporar una nueva sustancia a su trayectoria es muy corto (menor a un año), siendo éste aún menor cuando la mujer está en un estado

de consumo exclusivo de marihuana u otras sustancias ilegales. Los hombres presentan una duración promedio de un año mayor en cada estado de uso de drogas ilegales y de policonsumo en comparación con la duración estimada para estos estados en las mujeres. Convendría comprender mejor los factores que aceleran y retrasan las duraciones en cada uno de los estados identificados en hombres y mujeres para diseñar estrategias focalizadas.

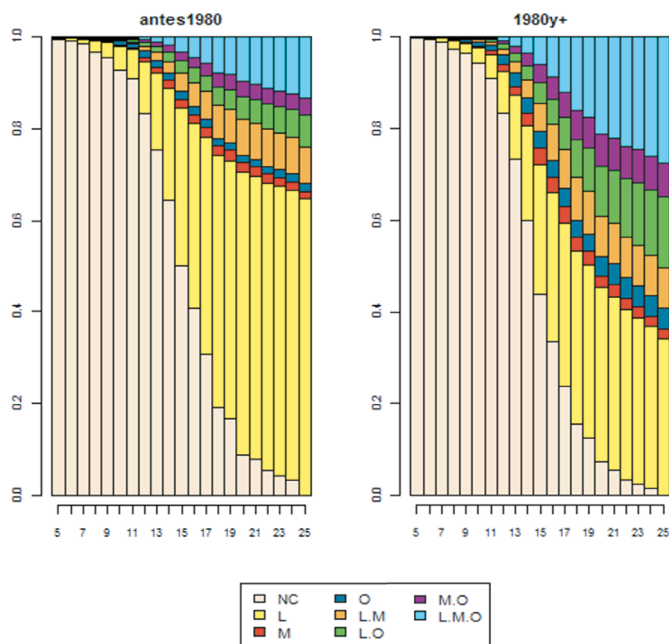
Gráfica 18. Comparación por sexo de la duración promedio en diferentes estados de la trayectoria de uso de drogas en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

Gráfica 19. Comparación por cohorte de nacimiento de la distribución de estados de las trayectorias de uso de drogas vividos entre 5 y 25 años en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

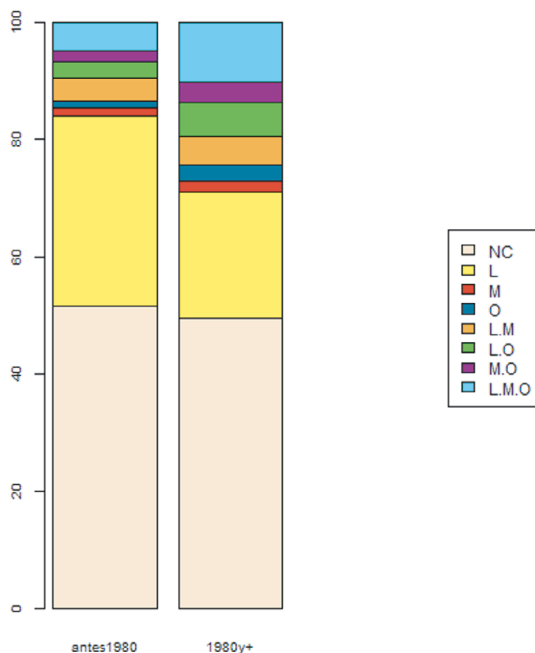
La comparación de las trayectorias por cohorte de nacimiento indica que los sujetos nacidos antes de 1980 presentan menor prevalencia de los estados de policonsumo de sustancias (estados donde se consume al mismo tiempo diversas sustancias ilegales o sustancias legales e ilegales) (ver Gráfica 19). En general, la gráfica muestra que la generación más joven transita a edades más tempranas a uso de sustancias ilegales y que la intensidad en el uso de sustancias ilegales es mayor en comparación con la generación ma-

yor. Por ejemplo, en la generación más joven, encontramos que el uso de marihuana y sustancias legales se presenta desde los 10 años, mientras que en la generación mayor este estado sólo aparece a partir de los 12, aunque con una intensidad mayor. La edad en la que este estado de uso de marihuana y sustancias legales presenta mayor intensidad es a los 17 años para la generación mayor y a los 15 años para la generación más joven. Patrones similares se observan para los demás estados de las trayectorias de consumo.

Al comparar el tiempo de duración promedio de los estados por cohorte de nacimiento (Gráfica 20), vemos que los sujetos nacidos a partir de 1980 muestran una duración ligeramente menor del estado de no consumo en comparación con los nacidos antes de ese año. Asimismo, el tiempo en el estado exclusivo de uso de sustancias en la generación más joven es una tercera parte del tiempo estimado para la generación mayor. Así, aunque las diferencias entre ge-

neraciones en la duración en el estado de no consumo es muy pequeña, éstas se hacen importantes en el estado de consumo de sustancias legales, donde el tiempo de permanencia de la generación más joven es tres cuartas partes de la duración que exhibe la generación mayor. Es decir, pareciera que en un primer momento las trayectorias de los más jóvenes son más aceleradas que las de sus pares mayores, pero una vez transitan a sustancias ilegales, las duraciones en es-

Gráfica 20. Comparación por cohorte de nacimiento de la duración promedio en diferentes estados de la trayectoria de uso de drogas en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

tos estados tienden a hacerse más largas en comparación con las personas de la generación mayor. Convendría realizar estudios cualitativos que permitieran comprender los factores que inciden en este aceleramiento.

En los estados que involucran el uso de sustancias ilegales, se mantiene la tendencia ya descrita de una duración corta de los estados de uso exclusivo de un tipo de sustancia ilegal, siendo siempre más prolongada la duración en las personas nacidas a partir de 1980 que la de aquellas nacidas antes de la fecha de corte.

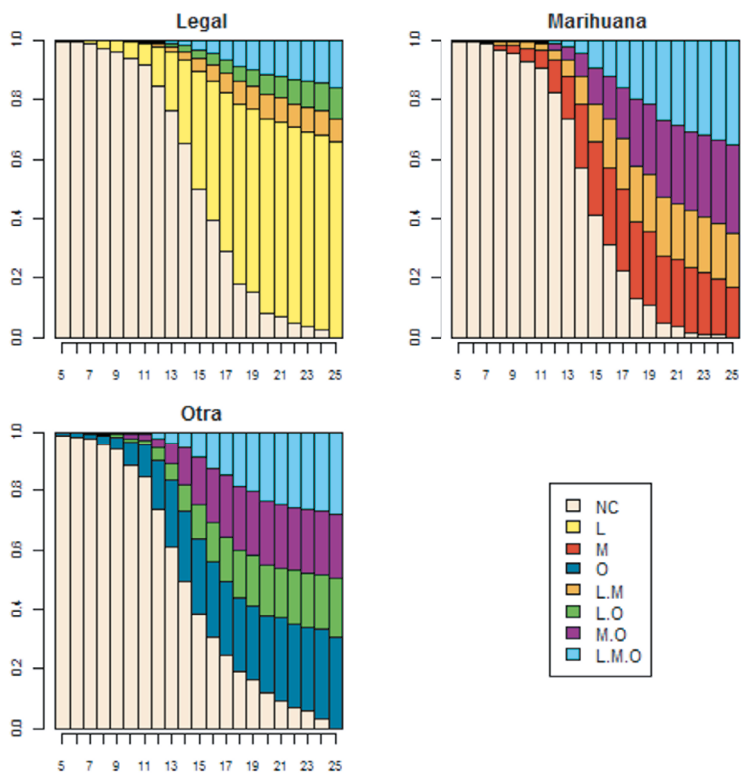
Al analizar el calendario de estados según el tipo de droga de inicio (Gráfica 21), se evidencia que no hay muchas diferencias en los calendarios, pero sí en la duración de los estados. Por ejemplo, tanto entre quienes se inician con sustancias legales como entre quienes se inician con marihuana, a los 13 años el 20% de los casos ha pasado de no consumo a consumo de alguna sustancia y a los 16 años, el 60% de los casos ha vivido la transición. Sin embargo, la gráfica evidencia que las personas que se inician con marihua-

na presentan una mayor intensidad de uso de drogas ilegales durante su trayectoria en comparación con las personas que se inician con sustancias legales.

Por su parte, aquellas que se inician con otras sustancias ilegales distintas a marihuana presentan calendarios alrededor de un año más tempranos a los distintos estados, en comparación con quienes se iniciaron con marihuana o con sustancias legales.

Al comparar la duración promedio de cada estado según sustancia de inicio (Gráfica 22), vemos que el tiempo que las personas pasan en el estado de no consumo es relativamente similar independientemente de la droga de inicio. La principal diferencia es el tiempo en el estado de uso exclusivo de una sustancia. Mientras aquellas que se inician con sustancias legales pasan casi un 40% del tiempo observado en el estado de uso exclusivo de sustancias legales, aquellas que se inician con marihuana pasan sólo un 15% del tiempo total observado en uso exclusivo de marihuana y son quienes pasan relativamente más tiempo en el estado de policonsumo de sustancias.

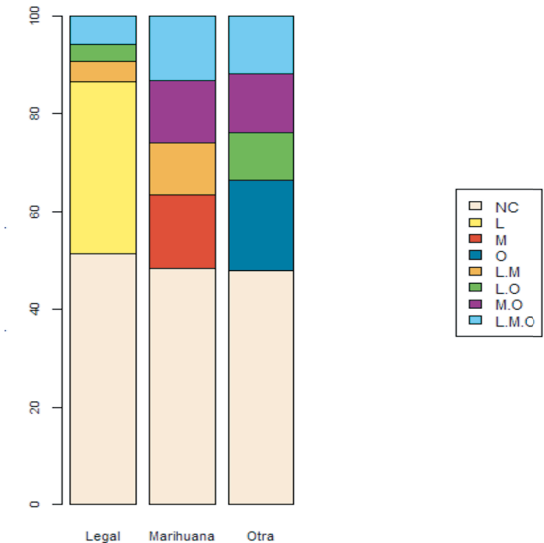
Gráfica 21. Comparación por droga de inicio de la distribución de estados de las trayectorias de uso de drogas vividos entre 5 y 25 años en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

Gráfica 22. Comparación por cohorte de nacimiento de la duración promedio en diferentes estados de la trayectoria de uso de drogas en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

Tabla 4. Distribución de grupos de trayectorias de uso de sustancias en personas que acudieron a tratamiento a CTNG. SLP, 1994-2016

Grupo de trayectorias	Casos	Proporción
Grupo 1: Uso predominante de sustancias legales	5,396	68.2%
Grupo 2: Policonsumo de más de 2 sustancias ilegales	1,244	15.7%
Grupo 3: Uso predominante de alcohol y marihuana	478	6.0%
Grupo 4: Sin uso de marihuana	398	5.0%
Grupo 5: Sólo sustancias ilegales	393	5.0%
Total	7,909	100.0%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Patrones de secuencias de estados

En esta fase del análisis de las secuencias buscamos, a través del análisis de agrupamiento de trayectorias, poder comparar y clasificar al conjunto total de las trayectorias a modo de encontrar diferentes patrones generales en las trayectorias y analizar algunas covariantes asociadas a ellos.¹⁶ La Tabla 4 muestra la distribución de las trayectorias entre los cinco grupos o patrones identificados mediante el análisis de clúster.

- **Tipología 1: Uso predominante de sustancias legales**

Esta trayectoria es la más común, en tanto recoge el 68.2% de las experiencias analizadas. Se caracteriza por duraciones prolongadas en el estado no-consume y por consumo casi exclusivo de sustancias legales. Es una trayectoria de inicio no temprana, pues menos del 10% se inicia antes de los 10 años; a los 14 años el 40% de la subpoblación que comparte esta tipología ya ha iniciado algún consumo de sustancias, y hasta los 19 años el 80% ha iniciado algún consumo. Sólo hasta los 25 años, el 100% de la población transita al uso de sustan-

cias. Las edades críticas, donde se observa una mayor velocidad en la transición del no-consumo al consumo, están entre los 15 y los 17 años. Por estas características podríamos decir que esta trayectoria es de transiciones desaceleradas, en tanto los sujetos pasan más de 50% del tiempo observado en estado de no-consumo y alrededor de 40% del tiempo en el estado uso exclusivo de sustancias legales. En esta tipología, menos de 10% de la población consume alguna sustancia ilegal y el inicio de consumo de estas sustancias empieza a partir de los 14 años, con duraciones que no alcanzan el 5% del tiempo total observado.

Al observar la composición poblacional de esta tipología (Tabla 4), vemos que quienes se ubican en ella son principalmente personas nacidas antes de 1980 (67.4%), que se iniciaron principalmente después de los 15 años (73.4%) y que acuden a tratamiento por el uso de sustancias legales (83.7%). Esta tipología es la que tiene mayor representación de mujeres (14.0%).

- **Tipología 2: Patrón sostenido de policonsumo de más de dos sustancias ilegales**

Este tipo de trayectoria representa 15.7% de los casos y se caracteriza por un inicio temprano y un desarrollo acelerado, de modo que a los 13 años cerca de 50% de la subpoblación que conforma este grupo ha iniciado el uso de alguna sustancia. A los 14 años, más de 60% había transitado al uso de sustancias; a los 15 años, 80% ha iniciado su trayectoria de consumo y a los 18 años, 100% ha transitado al consumo. El policonsumo de más de dos sustancias ilegales y una legal se inicia desde los 12 años, siendo

16 Con el objetivo de identificar tipos de trayectorias de uso de sustancias a partir de las secuencias anteriormente constatadas se estimó una matriz de distancia usando DHD a partir de una matriz de costos y sustituciones entre estados, basada en sus tasas de transición (Abbott, 2001). Esa matriz de distancias fue utilizada como base de un análisis jerárquico de clúster con el criterio Ward que permitió identificar cinco grupos de trayectorias (Rousseeuw, 1987). Para validar el número de agrupaciones, la solución de clúster elegida para distinguir y agrupar a la vez el cuerpo de trayectorias utilizamos la técnica Silhouette (Rousseeuw, 1987). De esta forma, luego de considerar todas las posibles soluciones de clúster seleccionamos la de cinco grupos.

entre los 13 y los 15 años las edades críticas de paso del no-consumo al uso de sustancias legales, y entre los 14 y los 16 años las edades críticas en las que se transita con mayor velocidad de un patrón de consumo de dos sustancias, o menos, a más de dos.

En comparación con el primer tipo, este tipo de trayectoria tiene 20% menor duración en el estado de no-consumo y alrededor de 8% del tiempo total de observación se mantuvo en estado de uso de sustancias legales (Gráfica 23). En contraste, 40% del tiempo total de observación se mantuvo en un estado de policonsumo de más de dos sustancias ilegales, de modo que estas personas pasaron una mayor proporción del tiempo observado en estado de policonsumo que en no-consumo.

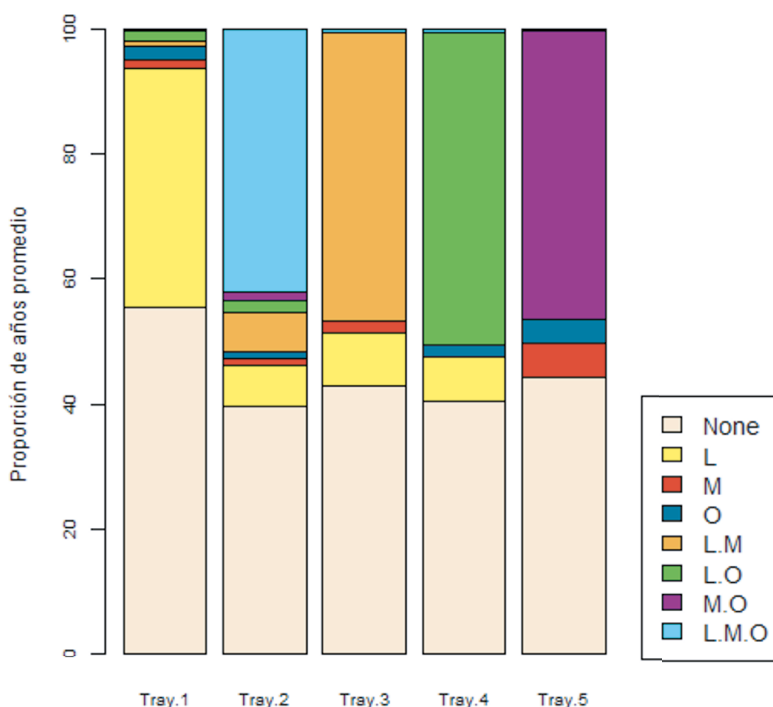
Las personas que se ubican en esta tipología son principalmente varones (96.1%), siendo ésta la tipología con menor participación de mujeres (Tabla 4). La mayoría son personas nacidas a partir de 1980 (57.6%); en 65.1% de los casos se iniciaron con sustancias legales, mayoritariamente antes de los 15 años (52.7%), y la sustancia por la que ingresan a tratamiento es predominantemente legal (57.5%).

- **Tipología 3: Trayectorias con uso predominante de alcohol y marihuana**

Esta tipología representa el 6% de los casos aquí estudiados. Se caracteriza por el inicio con uso de sustancias legales y la transición a uso de marihuana. En esta trayectoria-tipo, el uso de otras sustancias ilegales distintas a la marihuana es muy marginal (menos de 7% de la subpoblación), por lo que podemos plantear un patrón menos diverso de uso de sustancias.

La intensidad de inicio del uso de sustancias antes de los 15 años es menor en comparación con la tipología 2, pero la velocidad de paso al consumo de sustancias se acelera a partir de los 15 años. A los 14 años sólo 20% de esta subpoblación ya había iniciado el uso de alguna sustancia psicoactiva, pero a los 16 años 80% ya había vivido este evento, y a los 18 años la totalidad de esta subpoblación había transitado al uso de alguna sustancia. Las edades críticas, donde se encuentra una mayor velocidad en la transición del no-consumo al consumo, están entre los 14 y los 16 años.

Gráfica 23. Comparación de los tiempos de duración promedio de estados según tipología de trayectorias de uso de drogas en personas que ingresaron a CTNG. SLP 1994-2016



Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Notas: NC: No consume; L: sustancia Legal; M: Marihuana; O: Otras sustancias ilegales; LM: Sustancia legal y Marihuana; LO: Sustancia legal y otras sustancias ilegales distintas a la marihuana; MO: Marihuana y otras sustancias ilegales; LMO: Sustancia legal, marihuana y otras sustancias ilegales.

Como se observa en la Gráfica 23, las personas que se ubican en esta tipología presentan una duración mayor en el estado de no consumo (alrededor de 40% del tiempo total de observación en promedio) en comparación con aquellas ubicadas en la trayectoria 2, pero menor en comparación con los de la trayectoria 1. Asimismo, en promedio, las personas que ubicamos en esta tipología

pasan poco más de 10% del tiempo total observado en estado de uso exclusivo de sustancias legales, pero alrededor de 45% total del tiempo de observación se mantuvieron en uso combinado de sustancias legales y marihuana.

Al observar las características de las personas que ubicamos en esta tipología (Tabla 5), vemos que cerca de 60% nacieron

antes de 1980, son principalmente varones (93.9%), se iniciaron con sustancias legales (75.3%), siendo la marihuana la sustancia de inicio para una cuarta parte de esta subpo-

blación. La droga de impacto es mayoritariamente legal (57.5%) y 31.2% reporta marihuana como droga de impacto.

Tabla 5. Composición de los tipos de trayectorias de uso de sustancias según covariables de interés en personas que acudieron a CTNG. SLP 1994-2016

Distribución porcentual	Tipos de trayectorias				
	1	2	3	4	5
Cohorte					
Antes de 1980	67.4%	42.4%	59.6%	42.7%	41.7%
1980 en adelante	32.6%	57.6%	40.4%	57.3%	58.3%
Sexo					
Varón	86.0%	96.1%	93.9%	92.0%	94.4%
Mujer	14.0%	3.9%	6.1%	8.0%	5.6%
Droga de inicio					
Legal	90.5%	65.1%	75.3%	70.6%	0.0%
Marihuana	3.9%	19.5%	24.7%	0.0%	57.0%
Otra	5.7%	15.4%	0.0%	29.4%	43.0%
Droga de tratamiento					
Legal	83.7%	42.1%	57.5%	58.8%	2.0%
Marihuana	4.9%	25.6%	31.2%	1.0%	46.6%
Otra	11.4%	32.2%	11.3%	40.2%	51.4%
Edad de inicio					
<15	26.6%	65.4%	52.7%	59.3%	55.0%
15y+	73.4%	34.6%	47.3%	40.7%	45.0%

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

- **Tipología 4: Trayectorias sin uso de marihuana**

Esta trayectoria-tipo es relativamente rara, en tanto representa al 5% de la población de estudio. Se caracteriza por inicio temprano y transiciones aceleradas a los distintos estados de uso de sustancias. A los 12 años, 20% de la subpoblación que ubicamos en esta categoría ha transitado al uso de sustancias, a los 15 años, 80% ha transitado del no-consumo al consumo, y a los 18 años el 100% de esta subpoblación ha consumido alguna sustancia.

Las duraciones promedio que exhiben las personas que ubicamos en esta tipología (Gráfica 23) son similares a las de la tipología 2 en el estado de no-consumo y de consumo exclusivo de sustancias legales. La diferencia radica en que no transitan al uso de marihuana. La duración promedio en uso exclusivo de sustancias ilegales distintas a la marihuana es menor a 5% del total del periodo observado y es la trayectoria con mayor duración de uso de sustancias ilegales (alrededor de 60% del tiempo total observado).

La composición poblacional de esta trayectoria-tipo (Tabla 5) muestra que son principalmente varones (92.%), sin embargo, es la trayectoria con mayor presencia de mujeres (8.0%), pertenecen mayoritariamente a la generación más joven (57.3%), iniciaron principalmente con una sustancia legal (70.6%) y mayoritariamente antes de los 15 años (59.3%). Casi 60% de los casos están en tratamiento por el uso de sustancias legales y el 40% restante, por uso de sustancias ilegales distintas a marihuana.

- **Tipología 5: Trayectorias de uso exclusivo de sustancias ilegales, sin presencia de sustancias legales**

Ésta es la trayectoria más atípica, representando sólo al 5% de la población aquí estudiada. En esta trayectoria-tipo observamos menor intensidad de calendarios anteriores a los 10 años, en comparación con las trayectorias 3 y 4, y presenta también una menor velocidad en la manera como se transita a los diferentes estados. A los 12 años, sólo 20% de la subpoblación que conforma este grupo ha transitado del no-consumo al consumo de sustancias, a los 15 años, 50% ha realizado la transición, a los 17 años, 80% ha vivido esta transición; sólo hasta los 23 años el 100% de esta subpoblación ha pasado al uso de sustancias. Las edades críticas, donde se presenta mayor velocidad al tránsito de no-consumo al consumo, se dan entre los 12 y los 15 años.

En comparación con la trayectoria-tipo 1 (uso exclusivo de sustancias legales), esta trayectoria presenta mayor intensidad de calendarios tempranos (antes de los 10 años) y menor tiempo de duración promedio total en el estado de no consumo (Gráfica 23). No obstante, en comparación con las trayectorias-tipo que incluyen uso de sustancias ilegales, es aquella con la mayor duración en el estado de no consumo, que representa alrededor de 50% del tiempo total observado. Ésta es también la tipología con el mayor tiempo en el uso exclusivo de marihuana (alrededor del 5% del tiempo total observado).

En esta trayectoria-tipo se ubica la proporción más alta de personas de la generación más joven (58.3%) y con la proporción más alta de otras sustancias ilegales distintas a la marihuana como droga de impacto

(51.4%). El 94.4% son varones y en su mayoría se iniciaron con marihuana (57%) antes de los 15 años (55%) (Tabla 5).

Perfiles de trayectorias

Con el objetivo de lograr un acercamiento más fino a la manera en que interactúan las dimensiones analíticas trabajadas como covariables en la composición de los tipos de trayectorias identificadas, se estimó una regresión logística sobre la probabilidad de pertenecer a cada una de las cinco tipologías.

Para facilitar la interpretación de los datos, sólo se incluyeron en el modelo variables *dummies* con valores 0-1 que describen algunas de las características fijas en el tiempo de las personas que ingresaron a CTNG en el periodo, a saber:

- Sexo (hombre vs. mujer)
- Cohorte de nacimiento (antes de 1980 vs. a partir de 1980)
- Edad de inicio de uso de sustancias (menor a 15 años vs. 15 o más)
- Incluimos en el modelo las sustancias de inicio y de tratamiento como variables de control:

- Sustancia de inicio en la trayectoria (legales vs. marihuana)
- Sustancia de inicio en la trayectoria (legales vs. otras sustancias ilegales distintas a marihuana)
- Droga de tratamiento (legales vs. marihuana)
- Droga de tratamiento (legales vs. otras sustancias ilegales distintas a marihuana).

El modelo 1 muestra que las características que se asocian con mayor probabilidad de pertenecer a la trayectoria tipo 1-uso predominante de sustancias legales, son ser mujer y tener un inicio tardío de uso de sustancias (a partir de los 15 años). Esta última característica es la que tiene mayor peso sobre la probabilidad de presentar esta trayectoria-tipo, de modo que las personas que inician el uso de sustancias a partir de los 15 años tienen 4.6 veces más probabilidad de pertenecer a esta trayectoria que aquellas que se inician antes de esta edad ($p<0.001$). Las mujeres, por su parte, tienen 2.1 veces mayor probabilidad de pertenecer a esta trayectoria-tipo en comparación con los varones ($p<0.001$). En contraste, las personas nacidas a partir de

Tabla 6. Características asociadas a la probabilidad de pertenecer a cada una de las trayectorias-tipo de uso de drogas identificadas en personas que ingresaron a CTNG. SLP, 1994-2016

Intercepto	2.389	0.173	0.086	0.056	0	
Sexo (Mujer). Ref: Varón	2.144	0.385	0.632	0.727	0.893	
Cohorte (1980+). Ref: <1980	0.504	2.008	0.898	2.506	1.025	
Edad Inicio (15+). Ref: <15	4.64	0.271	0.517	0.406	0.575	
Droga Inicio (Marihuana). Ref: legal	0.276	1.051	1.331	0	224702287.8	
Droga Inicio (Otra). Ref: legal	0.492	0.785	0	2.244	257275821.5	
Droga Trat. (Marihuana). Ref: legal	0.188	3.951	3.378	0.108	13.305	
Droga Trat (Otra). Ref: legal	0.263	3.316	1.008	1.871	13.806	

Fuente: Elaboración propia con base en datos de Trayectorias-SLP, 2020.

Notas: En verde se señalaron las características que tienen un efecto positivo y significativo en la probabilidad de pertenecer a la tipología correspondiente y en amarillo, aquellas que tienen un efecto negativo y significativo sobre dicha probabilidad.

1980 tienen 50% menor probabilidad de pertenecer a esta tipología en comparación con las nacidas antes de 1980 ($p < 0.001$). Es decir, el modelo confirma que esta trayectoria tipo está compuesta principalmente por mujeres, nacidas antes de 1980 y con inicio tardío de uso de sustancias. Asimismo, el efecto negativo y significativo ($p < 0.001$) de las variables de control relacionadas con las sustancias de inicio e impacto confirman la preeminencia del uso de sustancias legales en esta tipología construida.

El modelo 2, por su parte, muestra que las personas nacidas a partir de 1980 tienen dos veces mayor probabilidad de pertenecer a la trayectoria tipo 2-patrón sostenido de policonsumo de más de dos sustancias ilegales, en comparación con las personas de la generación mayor ($p < 0.001$). Del mismo modo, las mujeres y las personas que se iniciaron tardíamente en el uso de sustancias tienen 60% y 80% menor probabilidad de pertenecer a esta trayectoria-tipo, en comparación con los varones y con aquellos que se iniciaron antes de los 15 años, respectivamente ($p < 0.001$).

El modelo 3 muestra que el sexo y la edad de inicio son las características que definen la pertenencia a la trayectoria tipo 3-uso predominante de alcohol y marihuana, de modo que es una trayectoria conformada principalmente por hombres con un inicio temprano de uso de sustancias. Las mujeres y quienes se iniciaron a partir de los 15 años tienen 37% y 48% menor probabilidad de pertenecer a esta trayectoria en comparación con los varones ($p < 0.05$) y con quienes se iniciaron antes de los 15 años, respectivamente ($p < 0.001$).

El modelo 4 muestra que quienes tienen mayor probabilidad de pertenecer a la trayectoria tipo 4-sin uso de marihuana son las

personas de la generación más joven y con inicio temprano de uso de sustancias. Los nacidos a partir de 1980 tienen 2.5 veces mayor probabilidad de pertenecer a esta trayectoria en comparación con aquellos nacidos antes de esta fecha ($p < 0.001$), mientras que quienes iniciaron el uso de sustancias a partir de los 15 años tienen 60% menor probabilidad de pertenecer a esta trayectoria en comparación con aquellos que se iniciaron antes de los 15 años ($p < 0.001$).

Finalmente, el modelo 5 nos muestra que la única variable que se asocia de manera significativa en términos estadísticos a la probabilidad de pertenecer a la trayectoria tipo 5-sin uso de sustancias legales es la edad de inicio, de modo que quienes se iniciaron a partir de los 15 años en el uso de sustancias tienen 43% menor probabilidad de presentar esta trayectoria ($p < 0.001$).

Con este análisis podríamos resumir las siguientes características poblacionales de las personas según su adscripción a los diferentes tipos de trayectorias tipo:

- Tipo 1-Usos predominante de drogas legales. Se caracterizan por un inicio a partir de los 15 años con transiciones desaceleradas entre eventos. En esta tipología se encuentran principalmente mujeres y personas nacidas antes de 1980.
- Tipo 2-Patrón de policonsumo de más de dos sustancias ilegales. Se caracterizan por un inicio antes de los 15 años con transiciones aceleradas entre eventos. En esta tipología se encuentran principalmente hombres y personas nacidas a partir de 1980.

- Tipo 3- Uso predominante de alcohol y marihuana. Se caracterizan por un inicio temprano en el uso de sustancias (antes de los 15 años), ser hombres, sin que se presenten diferencias estadísticamente significativas entre cohortes.
- Tipo 4- Sin uso de marihuana. Se caracterizan por un inicio temprano en el uso de sustancias (antes de los 15 años) y transiciones aceleradas entre estados. En esta tipología se encuentran principalmente hombres y personas nacidas a partir de 1980.
- Tipo 5- Sin uso de sustancias ilegales. Se caracterizan por un inicio temprano en el uso de sustancias, acompañado de duraciones amplias en los estados, es decir, transiciones desaceleradas entre un evento y otro. La única característica asociada a la mayor probabilidad de ubicarse en esta trayectoria es haberse iniciado en el uso de sustancias antes de los 15 años.

Consideraciones generales sobre las personas que acudieron a tratamiento por uso problemático de sustancias a CTNG entre 1994 y 2016 en SLP

El análisis descriptivo e inferencial que hemos presentado sobre las personas que ingresaron a tratamiento por uso problemático de sustancias nos permite llegar a las siguientes conclusiones. En relación con el género, las mujeres se inician más tardíamente que los hombres y sus trayectorias suelen caracterizarse por uso predominante de sustancias legales, con transiciones más que aceleradas en comparación con

los varones, una vez que han iniciado la trayectoria de consumo; esto es, pasan más rápidamente que aquellos al uso de diferentes sustancias legales e ilegales en el transcurso de su trayectoria.

Sin embargo, es importante subrayar que las mujeres, en la muestra de este estudio, son significativamente más jóvenes que los varones y, en particular, una proporción importante ingresó a tratamiento siendo menor de edad. Esto significa que en la selección de los casos para el análisis de las secuencias que conforman las trayectorias de hombres y mujeres, perdimos proporcionalmente más trayectorias femeninas que de varones.

El análisis evidenció que las mujeres entran a tratamiento principalmente antes de los 20 años y, además, que una mayor proporción en comparación con los varones es internada de manera involuntaria. Quizá por ello sus principales drogas de impacto son sustancias legales y marihuana. En los varones encontramos trayectorias de inicio más temprano de sustancias, más aceleradas y con mayor diversidad de estados, es decir, con mayor diversidad de sustancias ilegales.

La comparación por género evidenció también diferencias en los lugares de compra y uso de sustancias. Si bien los lugares de distribución son los principales espacios de aprovisionamiento de sustancias tanto en hombres como en mujeres, la proporción es diferente (58.6% vs. 36.5%, respectivamente) y, en estas últimas, las fiestas o reuniones sociales tienen un peso importante en comparación con los varones (31.6% en las mujeres vs. 10.6% en los varones). Asimismo, mientras que las mujeres consumen las sustancias mayoritariamente en las fiestas o reuniones sociales (34.5% vs. 11.9% en los

hombres), los varones las usan en la vía pública (38.0% vs. 22.1% en las mujeres) o en su propia casa (30.3% vs. 21.6%). Esto podría indicar que, quizás, en las mujeres el uso de sustancias tenga una connotación más social que en el caso de los varones. Hacen falta más estudios de corte etnográfico que permitan dilucidar estas dinámicas diferencias de uso por género y sus implicaciones en términos de las trayectorias de uso.

En relación con las cohortes, vemos que las generaciones más jóvenes presentan trayectorias más tempranas y aceleradas, con mayor diversidad de sustancias incorporadas en la misma. El análisis descriptivo permitió identificar una tendencia al mayor internamiento involuntario de sujetos cada vez más jóvenes. Es decir, a pesar del internamiento más temprano, las personas más jóvenes están teniendo trayectorias de uso de sustancias más complejas que las personas de las generaciones más antiguas, lo que indicaría que ésta es una estrategia fallida. Al respecto, se ha encontrado en otros estudios que exponer a jóvenes con trayectorias iniciales de uso de sustancias con personas mayores con trayectorias de consumo más problemáticas, incide en la intención de los primeros de experimentar con nuevas sustancias y otras formas de administración.¹⁷

El análisis por cohorte de nacimiento también mostró cambios significativos en la proporción de personas que iniciaron con una sustancia ilegal distinta a la marihuana, de modo que los más jóvenes, en mayor pro-

porción que los mayores, inician su trayectoria con este tipo de sustancias. Igualmente, una mayor proporción de las personas de las generaciones más jóvenes ingresaron a tratamiento por uso de otras sustancias ilegales distintas a la marihuana, mientras que en los mayores predomina el ingreso a tratamiento por uso de alcohol.

Al comparar las sustancias de inicio con las sustancias de impacto, llama la atención que una alta proporción de personas que ingresaron a tratamiento lo hicieron por la sustancia de inicio, lo que pareciera evidenciar cierta regularidad en los patrones de consumo.

Aunque el uso de metanfetaminas se ha posicionado en la narrativa oficial como un gran problema de salud pública, los datos muestran que el consumo de éstas representó una proporción muy pequeña del universo de personas que aquí se analizó (3.9%). Los hombres presentan una prevalencia ligeramente mayor que las mujeres (4.1% en varones vs. 3.2% en mujeres; $p < 0.01$). Los jóvenes presentan mayor prevalencia de consumo de cristal en algún momento de su trayectoria, en comparación con los mayores (5.1% vs. 1.8%; $p < 0.001$).

En la mayoría de los casos, independientemente de la condición de sexo y cohorte, el alcohol fue la principal sustancia por la cual se ingresa a tratamiento. Este hallazgo, en sí mismo, sugiere la necesidad de reforzar las campañas de prevención y reducción de riesgos y daños asociados de esta sustancia en particular. El alcohol también aparece como la principal droga de inicio en el 95% de los casos, lo que sugiere que postergar el inicio de uso de alcohol podría retrasar los calendarios de inicio de uso de sustancias ilegales.

17 Ospina-Escobar, A. (2016b). *Itinerarios de Adversidad. Biografías de uso de drogas, estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH en varones inyectores*. Tijuana, Hermosillo y Ciudad Juárez.

Caracterización de los servicios de tratamiento para el uso problemático de drogas en San Luis Potosí, México

En 2019, San Luis Potosí (SLP) contaba con 56 centros de tratamiento residencial para el uso problemático de drogas con aviso de funcionamiento otorgado por el órgano correspondiente de control estatal (COEPRIS).¹⁹ Adicionalmente, desde 2008 el estado cuenta con los servicios públicos ambulatorios profesionales que ofre-

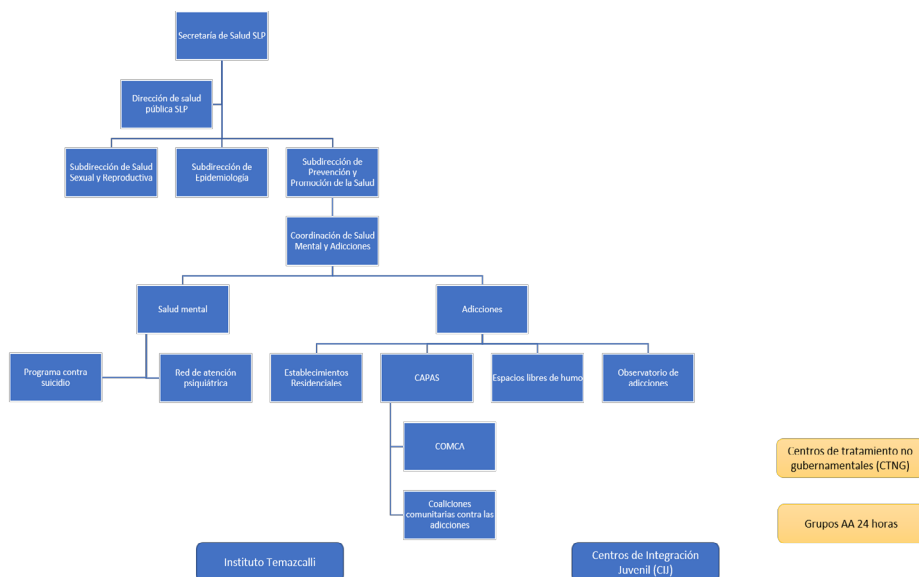
cen los siete Centros de Atención Primaria contra las Adicciones (CAPA). El Diagrama 1 ilustra de manera general cómo se organizan los servicios de tratamiento para uso problemático de drogas en San Luis Potosí.

A continuación se describe el funcionamiento de los CAPA con la información obtenida en las entrevistas realizadas con la directora del CAPA-Capital, con personal administrativo del Departamento de Salud Mental y Adicciones de la Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud de SLP. Posteriormente se describen las características de la atención encontradas en los centros residenciales de tratamiento.

18 Se agradece el trabajo de realización de entrevistas y visitas a centros de rehabilitación realizado por las maestras Nancy Estrella Chávez, Rebeca Calzada Olvera y Liliana García de Loera.

19 La COEPRIS clasifica estos establecimientos como servicios de salud, dentro de los procesos de servicios de asistencia social y en el grupo de rehabilitación y/o la salud mental. El aviso de funcionamiento que otorga este órgano de control es un trámite gratuito que se obtiene de manera automática y que no requiere supervisión por parte de las autoridades competentes, consistiendo básicamente en el llenado de un formato con los datos de identificación del establecimiento y su representante legal. Tener un aviso de funcionamiento permite a los establecimientos participar en las convocatorias y capacitaciones que ofrece la Secretaría de Salud a través de la Subdirección de Promoción y Prevención en el área de salud mental y adicciones.

Diagrama 1. Organización de los servicios de tratamiento para uso problemático de drogas en San Luis Potosí, México, 2019



Fuente: Elaboración propia.

Caracterización de los servicios que ofrecen los CAPA-SLP

Lo primero a resaltar en la caracterización de los servicios públicos de atención al uso problemático de drogas en SLP es el compromiso y profesionalismo de las personas proveedores de estos servicios, que hacen un esfuerzo importante, en un contexto de recursos limitados, por ofrecer servicios de la mejor calidad. Las fuentes consultadas permitieron identificar que la decisión de construir un CAPA en un territorio determinado se hizo con base en los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones de 2002 y a través de la consulta a expertos en el tema. Así, cada CAPA está ubicado

de manera estratégica en los municipios donde en su momento (2007) había mayor volumen de personas con situación de consumo o en contextos de marginalidad y violencia. De este modo, existen en SLP siete CAPA ubicados en seis jurisdicciones sanitarias²⁰ como se muestra en el Mapa 2.

²⁰ La jurisdicción sanitaria es una unidad técnico-administrativa desconcentrada por región de cada una de las secretarías de salud estatales. Las jurisdicciones sanitarias responden al esfuerzo de descentralización de la Secretaría Federal de Salud, siendo el área técnico-administrativa que está más próxima al sitio donde se otorgan dichos servicios a la comunidad. Cada jurisdicción cuenta con recursos y facultades para otorgar atención médica a la población no asegurada con el propósito de conducir adecuadamente las acciones del sector en su área de influencia (ISEM, 2006).

siete CAPA existentes en SLP, desde su inauguración y hasta la fecha, trabajan dos psicólogos, un trabajador social, un director y un administrador en un horario de nueve de la mañana a tres de la tarde. La percepción que tiene el personal operativo de CAPA-Capital es que están rebasados por la demanda de tratamiento²² y su prioridad es atender a las personas que llegan a solicitar consulta.

Cada psicólogo tiene en promedio entre seis y siete consultas programadas por día, lo que hace que el servicio esté siempre muy saturado. Vienen personas desde muy lejos a solicitar el servicio. Casi siempre son personas de muy bajos recursos económicos, que llegan caminando al centro, vienen aquí porque el servicio es gratuito, entonces nuestra prioridad es atenderlos. Para poder hacer las otras tareas, nos ha funcionado muy bien la capacitación de promotores comunitarios, quienes hacen detección y canalización con nosotros. Personal CAPA-Capital

A once años de operación de los CAPA, ha aumentado la demanda de atención, pero se mantiene la misma oferta de servicios. Es decir, no se han creado nuevas unidades de atención ni ha aumentado la plantilla de profesionales que laboran en ellas conforme ha aumentado la demanda de servicios. CAPA y CIJ son las únicas instancias públicas que ofrecen tratamiento ambulatorio, pues el Hospital de Salud Mental sólo recibe casos cuando tienen comorbilidades psiquiátricas. De este modo, aunque en la descripción general de los servicios se plantea la existencia

de una oferta más amplia de atención ambulatoria al uso problemático de sustancias, en la práctica ésta resulta más bien limitada.

Además de la insuficiencia de servicios ofrecidos y profesionales que los ofrezcan, de acuerdo con las personas entrevistadas, otro factor que ha contribuido a la saturación de los servicios de los CAPA es la oferta de entrada a tratamiento como sustituto de medidas de prisión preventiva en caso de los primo-delinquentes no violentos procesados dentro del sistema de justicia penal. Al respecto, es importante señalar que la apertura de esta posibilidad no fue acompañada con apoyo financiero por parte del sistema de justicia penal.

Dado que el objetivo institucional de los CAPA es “disminuir la incidencia y el consumo de drogas a través de acciones tempranas y oportunas en escuelas, grupos organizados de la sociedad civil y comunidad en general”,²³ el personal, además de atender la consulta individual, debe realizar actividades de prevención y detección en escuelas. Para ello, tienen metas de número de pruebas realizadas, número de charlas otorgadas y número de consultas. Todos estos factores inciden en que el trabajo comunitario no constituya una prioridad. Adicionalmente, su formación es clínica y la capacitación que reciben refuerza estas habilidades clínicas, por lo que tampoco tienen la formación necesaria para realizar trabajo comunitario.

22 El personal de CAPA-Capital plantea que, idealmente, un profesional debería atender hasta cuatro personas cada día, máximo cinco para poder responder adecuadamente con las otras funciones administrativas, comunitarias y de capacitación que se le exigen.

23 CONADIC (2015). Manual de Procedimientos de las Unidades de Especialidades Médicas / Centros de Atención Primaria en Adicciones UNEME-CAPA. México.

El usuario desde la perspectiva de los proveedores de los servicios

En las entrevistas con el personal que trabaja en CAPA y con quienes dirigen el Departamento de Salud Mental y Adicciones, se les preguntó sobre la imagen que tienen de los usuarios que reciben los servicios de tratamiento. Se observó que, en primer lugar, los usuarios son considerados “pacientes”, lo que da cuenta de la perspectiva médica que impera en la institución.²⁴ En términos generales, los entrevistados reportan que los “pacientes” de CAPA son en su mayoría jóvenes, menores de 30 años, quienes son llevados a los servicios por un familiar, casi siempre la madre, y que tienen problemas de “comorbilidades psiquiátricas”.²⁵

Una idea persistente entre el personal del CAPA es que los usuarios de los servicios son “pacientes difíciles”, en tanto la mayoría “no tienen consciencia de enfermedad”, y son llevados por sus familiares o derivados de su escuela o trabajo. Además, al ser de muy escasos recursos económicos, enfrentan múltiples barreras para acceder a tratamiento, entre ellas el transporte, y el horario del servicio que no se ajusta con las ocupaciones de escuela y/o trabajo. Desde estos lugares se explica la baja tasa de tratamientos terminados.²⁶

Es muy común que deserten porque son pacientes muy difíciles, pues a la mayoría los llevan. Cuando una persona falta a su cita se reprograma hasta tres veces y después de la tercera vez que la persona no acude, se realiza una visita domiciliaria. La mayoría de las veces en esa visita, el paciente manifiesta que no quiere regresar porque no tiene tiempo o simplemente no quiere regresar. Es que no tienen consciencia de enfermedad o no han tocado fondo y entonces no están decididos a realizar un cambio en el estilo de vida y dejar de usar drogas. *Personal CAPA-Capital*

Otro elemento que caracteriza la percepción de los usuarios de los servicios de tratamiento que tiene el personal de CAPA-Capital es su alta prevalencia de “comorbilidades” de salud mental. Esto conlleva el que, en la mayoría de los casos, el tratamiento contemple un componente farmacológico que requiere que la persona acuda con un psiquiatra y acceda a los medicamentos, lo cual no siempre es posible por la falta de estos profesionales dentro de la unidad y por el desabasto de medicamentos que de manera persistente enfrenta la Secretaría de Salud, en el caso de las personas derechohabientes, o por sus altos costos, en el caso de las personas sin ninguna protección en salud.

La mayoría de pacientes que consume drogas tienen un padecimiento psiquiátrico aunado al problema del consumo [...]. De cada 10 pacientes que acuden a consulta, calculo que unos siete requieren consulta psiquiátrica y, aunque tenemos muy buena relación con salud mental [la unidad hospitalaria], es un servicio muy saturado y muchas veces no hay medicinas [...]. De

24 De hecho, en su nombre da cuenta de esta perspectiva médica, pues son “Unidades Médicas Especializadas”.

25 Comorbilidades psiquiátricas es el término empleado desde la práctica clínica para referirse a una persona que tiene varios padecimientos de salud mental. En el tema de uso problemático de drogas, se le usa para denotar que la persona tiene un trastorno por consumo de sustancias junto con otro padecimiento de salud mental.

26 La directora del CAPA-Capital reporta 60 tratamientos terminados en 2019 y 350 consultas de primera vez, lo que da una tasa de eficiencia terminal de tratamiento de 16%.

nada nos sirve que el paciente esté yendo a Psiquiatría si al final, cuando el psiquiatra le receta un medicamento, éste no está disponible o hay uno pero no el otro y requiere los dos, ahí ya empieza a cojear el tratamiento, porque nuestros pacientes no tienen cómo comprar un medicamento de esos. *Personal CAPA-Capital*

Requerir un acompañante o tutor del proceso terapéutico junto con la necesidad de que las personas tomen un tratamiento psiquiátrico-farmacológico, aunado al costo de los fármacos y la dificultad de acceso a ellos de manera gratuita, son elementos que operan como barreras para que las personas, primero, lleguen a los servicios y, segundo, terminen el tratamiento. Al respecto, conviene subrayar el estigma que recae sobre la persona que usa sustancias, lo que supone para las y los jóvenes mucha dificultad para hablar del tema con sus padres o tutores legales por el temor a ser institucionalizados.

Estos filtros implícitos (la necesidad de contar con un tutor y el limitado acceso a medicamentos) son mucho más excluyentes en el caso de las personas con uso problemático de sustancias que viven en contextos de alta marginalidad social, impidiendo que accedan efectivamente a los servicios de CAPA, pues son personas que no suelen contar con redes de apoyo social o familiar donde encontrar un tutor, ni con seguridad social ni recursos para acceder a los psicofármacos.

La preeminencia de la perspectiva médica como único lugar para concebir el uso problemático de sustancias es problemático en sí. En primer lugar, por la patologización “natural” de una práctica social, partiendo del supuesto de que el uso de sustancias ilegales es una patología en sí misma, sin que

se cuestione desde qué otros lugares podría ser conceptualizada esta práctica.

En segundo lugar, por el lugar protagónico que se le asigna a la(s) sustancia(s) y sus efectos bioquímicos, obviando la interacción sujeto-sustancia-contexto y la función que dicha(s) sustancia(s) cumplen en los entornos sociales y comunitarios de las personas que los usan.

En tercer lugar, porque las personas usuarias, consideradas “enfermas”, son despojadas de su capacidad de agencia para reflexionar sobre sus patrones de consumo y para decidir sobre su tratamiento, de ahí la necesidad del tutor aun en personas adultas. En cuarto lugar, por el énfasis que se construye en la abstinencia como meta del tratamiento, aspecto que será desarrollado más adelante.

Desde esta perspectiva médica, los proveedores de los servicios de tratamiento han construido una idea del usuario como un sujeto menor de edad y/o como persona reducida en sus capacidades mentales. Así, las explicaciones sobre la baja tasa de éxito del tratamiento no incluyen cuestionamientos en torno a los procedimientos o la forma de prestar los servicios, sino que recaen sobre las características individuales de los usuarios.

Meta del tratamiento

Al indagar entre los proveedores de los servicios de atención y entre las personas que administran el Departamento de Salud Mental y Adicciones por la meta del tratamiento, todos coinciden en que su objetivo es “mejorar la calidad de vida de los pacientes”, o bien, lograr la “reinserción social de los pacientes”, entendida ésta como “la recuperación del funcionamiento

laboral, escolar y familiar”. Al preguntar de manera explícita si ello supone o no abstinencia, las personas entrevistadas mencionaron que, dependiendo del cuadro de consumo, la abstinencia puede ser una meta o no. Sin embargo, las pruebas antidopaje hacen parte del proceso de intervención,²⁷ lo cual refleja que la abstinencia “o falta de” es un indicador fundamental del éxito del tratamiento, lo que contradice estas afirmaciones.

No necesariamente es abstinencia [la meta del tratamiento], sería como engañarnos a nosotros mismos pensar que todos nuestros pacientes van a salir sin consumir nada [...]. Nosotros cuando hablamos de un tratamiento exitoso, hablamos de una mejora en la calidad de vida del paciente, porque nos vamos a encontrar a lo mejor un paciente poliusuario que consume marihuana, cocaína, alcohol, anfetamina, metanfetamina y de todo, y si logramos que ese paciente deje todo y que a lo mejor se quede con marihuana y retome su actividad laboral y su vida familiar, podemos hablar de un tratamiento exitoso, y no porque pidamos que el paciente dejó de consumir todo. *Personal CAPA-Capital*

En los manuales de operación (CONADIC, 2015) se establece que la meta del tratamiento es la abstinencia inmediata o reducción del consumo de manera gradual. De modo

que, de manera oficial, la abstinencia es la meta del tratamiento a largo plazo. No existe una orientación formal por parte de la Secretaría de Salud en torno a la reducción de daños²⁸ más allá de la distribución de jeringas y la realización de pruebas de VIH en inyectores.²⁹ Sin embargo, pareciera que el personal en campo está sensibilizado con la dificultad que enfrentan las poblaciones para vivir en abstinencia absoluta y entonces refuerzan el uso de sustancias de menor impacto, como la marihuana, priorizando la “reinserción social de la persona.

Conviene mencionar que el concepto de “reinserción social” está constitucionalmente asociado al ámbito penal y se refiere a las personas que salen de prisión, por lo que no es menor la utilización de un mismo concepto en personas con dependencia a sustancias y en personas en conflicto con la ley. Esta asociación resulta desafortunada por el estigma que supone frente a las personas que usan drogas y la relación que presupone entre uso de sustancias y comportamiento criminal.

Dado que los servicios de CAPA son ambulatorios, el concepto de “reinserción social” que plantean los proveedores de los

27 En palabras del personal de CAPA-Capital entrevistado: “Se aplica antidoping para confirmar que no está consumiendo, no tiene ningún costo. Se aplica a mitad de tratamiento, cuando el paciente afirma que no consume y el familiar dice lo contrario. También se aplica a los tres meses de concluido el tratamiento para verificar abstinencia”.

28 La reducción de daños se refiere a un enfoque de políticas, programas y prácticas, basado en evidencia y centrado en las personas, que busca reducir los daños sociales y de salud asociados al uso de sustancias y la dependencia a ellas, sin requerir necesariamente que las personas que usan sustancias se abstengan o dejen de consumirlas.

29 Aunque la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones incluye la reducción de daños como una estrategia para la prevención del VIH, VHC y otras ITS en personas que se inyectan drogas, no la plantea como estrategia más amplia de promoción de la salud entre personas que usan drogas, independientemente de la vía de administración de las mismas, lo que reduce el espectro de aplicación del enfoque.

servicios pareciera comunicar la idea de que el uso de sustancias “desconecta” de alguna manera a las personas de sus contextos sociales y comunitarios, invisibilizando que en muchos casos el uso de sustancias tiene justamente un rol en la facilitación de conexión con grupos específicos de la comunidad. Desconocer el papel que juega el uso de drogas en las redes y vínculos sociales de la comunidad, limita la efectividad del tratamiento, pues se omite la dimensión placentera de las sustancias y el significado que los sujetos usuarios le atribuyen.

Por otro lado, la abstinencia como meta de tratamiento dificulta para muchos usuarios acceder al tratamiento y modificar sus patrones de consumo problemáticos y/o dependientes por unos que supongan menor riesgo para la salud. La abstinencia para algunas personas usuarias es una meta demasiado difícil de alcanzar que se puede tornar incluso abrumadora y que, ante la dificultad que plantea, genera frustración y alejamiento de los servicios. Proponer metas de menor alcance, pero más viables para los sujetos, podría facilitar y promover el contacto con los proveedores de servicios de salud y con el sistema en general.

La concepción limitada que desde la Secretaría de Salud se tiene del enfoque de reducción de daños y el énfasis que desde los documentos oficiales se hace en la abstinencia como meta de tratamiento, dificulta la capacitación del personal de CAPA en el enfoque de reducción de daños y sus estrategias de intervención. Éstas podrían considerarse de prevención indicada en grupos de usuarios que no pueden o no quieren dejar de consumir y que podrían ser una manera de mejorar el acceso de estas personas a los servicios de salud.

Relaciones interinstitucionales

Por mandato institucional, los CAPA están obligados a formar y presidir los Consejos Estatales Contra las Adicciones (CECA) y los Consejos Municipales Contra las Adicciones (COMCA). En el caso de SLP, el CECA está conformado por 32 instituciones que en la descripción dicen ser públicas y privadas³⁰ con la finalidad de coordinar la respuesta en adicciones a nivel territorial. Los COMCA, por su parte, están conformados por representantes de las mismas instituciones que componen los CECA, pero que operan a nivel municipal. SLP tiene en total 30 COMCA, lo que significa que poco más de la mitad de sus municipios (58 en total) cuenta con esta figura de coordinación interinstitucional.

Al revisar el listado de instituciones que conforman el CECA y los COMCA, llama la atención que son principalmente instituciones públicas y que las que son instituciones

³⁰ Consejo Nacional de Fomento Educativo, Procuraduría General, Programas para el Desarrollo del Estado, Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Potosino del Deporte, Instituto Potosino de la Juventud, Comisión Estatal de Derechos Humanos, Instituto de las Mujeres, Consejo Estatal de Seguridad Pública, Dirección General de Ejecución de Penas para Menores, Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de SLP (UASLP), Facultad de Medicina de la UASLP, Instituto Tecnológico Superior de SLP, Facultad de Ciencias de la Comunicación, Facultad de Enfermería y Nutrición, Secretaría de Educación Pública, CECYTE, CONALEP, COBACH, Universidad Tecnológica, Universidad Politécnica, Universidad Cuauhtémoc, Universidad San Pablo, Universidad Interamericana para el Desarrollo, Universidad TEC Milenio, Universidad del Centro de México, Universidad Marista de SLP, Universidad TEC de Monterrey, Universidad José Vasconcelos SLP, Federación Universitaria Potosina, Servicios Estudiantiles de la UASLP, Central Mexicana de Alcohólicos Anónimos, Instituto Temazcalli, Centros de Integración Juvenil, Instituto Mexicano del Seguro Social, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

privadas, son todas universidades. Personas usuarias de drogas no forman parte de estas instancias y la única asociación civil presente es Alcohólicos Anónimos, lo que da cuenta de la hegemonía del paradigma médico³¹ desde el cual se piensa el uso de drogas en general, y de la falta de trabajo comunitario. El trabajo comunitario es determinante, pues es allí donde debería estar el vínculo entre autoridades y población objetivo que permitiese establecer diálogo con otros actores que operan a nivel de base. En esa medida, se comprende que el trabajo de estas instancias se centra en la coordinación de capacitaciones en temas de “adicción”, desde las cuales se fortalece, disemina y legitima la perspectiva médica y clínica frente al uso de drogas, su concepción del usuario como enfermo y el énfasis en la abstinencia.

Realmente es poco el contacto que tenemos con otras instituciones. Coincidimos en reuniones, pues formamos parte de una mesa de trabajo en adicciones, compartimos experiencias, pero no compartimos casos.
Personal CAPA-Capital

Más allá de la convergencia en espacios institucionales como el CECA y los COMCA, las instituciones con quienes los CAPA mantienen relación más estrecha son la dirección del Hospital de Salud Mental, el Instituto Temazcalli (centro público de tratamiento residencial) e instituciones educativas. La relación con el Hospital de Salud Mental fa-

cilita la rápida asignación de citas a los “pacientes” que son referidos. Con el Instituto Temazcalli se realiza la referencia en caso de requerir internamiento.³² Sin embargo, el reto –según el personal del CAPA entrevistado– es que las personas accedan a este servicio público residencial dados sus altos costos, pues a pesar de ser públicos, no son gratuitos.

Por su parte, la relación con las instituciones educativas consiste en ofrecer conferencias de prevención de uso de sustancias, detección de adolescentes en riesgo o adolescentes que están iniciando el consumo y formación de promotores contra las adicciones. Asimismo, las escuelas refieren a los estudiantes a los CAPA cuando encuentran alguna situación de consumo. Los casos son atendidos siempre en las instalaciones del CAPA y no se involucra a la escuela en el proceso de tratamiento. La misma situación se repite en el caso de empresas a las que CAPA ofrece capacitación, se reciben personas para tratamiento, pero la empresa en sí no es involucrada en el mismo.

Estas características en que se operativiza el trabajo interinstitucional dejan ver que el trabajo en uso problemático de drogas opera de manera fragmentada aun dentro de las instancias de la Secretaría de Salud

31 Para profundizar sobre este concepto, léase Menéndez, E. (1992). *Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales*, y Romaní, O. (2008). *Políticas de drogas: Prevención, participación y reducción del daño*.

32 De acuerdo al personal de CAPA entrevistado, una persona necesita internamiento por “su alto nivel de consumo, porque son adictos, es decir, porque su cuerpo les pide la sustancia. Es un paciente que necesita estar encerrado porque requiere de un manejo médico, requiere de un medicamento y requiere estar en un lugar donde no tenga acceso a la droga, porque cuando llega su necesidad, es necesidad real, es necesidad física la que tiene. Él puede decir *no quiero*, pero cuando los síntomas de abstinencia llegan, es su cuerpo lo que lo lleva a buscar la droga. Él puede decir *no quiero*, pero lo que su cuerpo siente es necesidad. Sudoración, taquicardia, dolor de cabeza, temblor. Eso es lo que lo lleva a buscarla. Es algo que él ya no puede controlar”.

y no como un eje transversal programático. Ante esta fragmentación del sistema, el trabajo interinstitucional se promueve no desde programas, sino desde intereses y voluntades personales. La fragmentación del trabajo en drogas tampoco favorece que se implementen intervenciones de carácter más comunitario en la escuela.

Trabajo comunitario

Por ley, cada CAPA debe promover la formación de Coaliciones Comunitarias Contra las Adicciones (CCCA). El objetivo de estas coaliciones es, en palabras de los responsables estatales de Salud Mental y Adicciones, “hacer partícipes a los colonos para que se organicen y sean proactivos en la identificación y resolución de sus problemáticas comunitarias”. A la fecha sólo existen tres coaliciones activas en SLP, de las siete que en teoría deberían existir, una por cada jurisdicción sanitaria.

De acuerdo con el manual operativo de CAPA (CONADIC, 2015), la formación de las Coaliciones Comunitarias Contra las Adicciones debe ser liderada por personal de los CAPA y debe partir de un mapeo de actores sociales y comunitarios en el territorio al que se adscribe cada CAPA, quienes deben ser convocados directamente a ser parte de esta iniciativa. Una vez que se formaliza la coalición a través de actas constitutivas, se realiza un diagnóstico comunitario participativo y se establece un plan de acción.

El principal obstáculo para la formación y operación de estas coaliciones ha sido, en palabras de los funcionarios de Salud Mental y Adicciones, su carácter formal-institucional, además de la falta de recursos económicos y las condiciones de seguridad de las lo-

calidades. En otras palabras, las coaliciones no funcionan por la falta de trabajo comunitario de base por parte del mismo CAPA que facilite la generación de las alianzas necesarias para responder al tema de la seguridad y para generar apropiación de los proyectos y planes de acción por parte de los actores comunitarios y, en esa medida, de compromiso con la coalición.

Hay municipios muy participativos y hay otros que requieren apoyo económico. Hace unos años tuvimos un programa de promotores de salud que recibía un estímulo económico por participar, lo que incentivó el trabajo, pero en este momento no contamos con los recursos para pagar a los colonos su participación. En la zona urbana es más complicado que las personas se organicen, mientras que en las comunidades rurales es más fácil que se junten, porque es la manera como naturalmente ellos resuelven sus problemas []. También el trabajo se facilita cuando las mismas administraciones se comprometen en el trabajo. Por ejemplo, en la delegación de Pozos, el mismo delegado asumió un rol activo y se comprometió a involucrar a diferentes actores y a darle seguimiento a las acciones, lo que ha fortalecido la estrategia. Cuando no existe ese apoyo es más complicado, pues nosotros no tenemos jurisdicción, sólo recomendamos, pero no siempre tenemos poder de convocatoria. *Responsable estatal de Salud Mental y Adicciones.*

La obligatoriedad de formar coaliciones comunitarias, CECA y COMCA, lleva a que estas instancias formalmente se constituyan. Sin embargo, al no haber suficientes recursos para realizar el trabajo comunitario –al

.....

menos un profesional que se ocupe exclusivamente de generar y alimentar estas alianzas, entre otros recursos necesarios³³-, la movilización comunitaria que suponen estas instancias termina siendo muy limitada.

De la misma manera, la visión vertical en la conformación de las coaliciones y la perspectiva del uso de drogas desde el paradigma médico dificulta generar procesos comunitarios donde los usuarios tengan voz y donde las mismas comunidades puedan agenciar sus respuestas. Por ejemplo, es complicado esperar que las comunidades se ajusten a los horarios de trabajo de los funcionarios de CAPA. En otro nivel, el trabajo comunitario toma tiempo y las lógicas institucionales a las que responden los CAPA en términos de metas de atención y capacitación que se establecen con CONADIC, difícilmente corresponden con esos tiempos distendidos que requiere la inmersión comunitaria. En tercer lugar, el trabajo comunitario puede entenderse como la construcción de un contrato social tácito, agenciado por las personas y facilitado por la intensidad y frecuencia de interacciones entre ellas. Se requiere presencia continua y sostenida en la comunidad para poder construir ese contrato social. La lógica institucional desde la cual pareciera estar pensada la conformación de las coaliciones comunitarias supone el traslado de una lógica institucional a la informalidad de los encuentros y la solidaridad del trabajo comunitario, y deja ver la necesidad de capacitación de los funcionarios al respecto y una mayor sensibilización por parte de los responsables a nivel federal.

Desde la percepción del personal que trabaja en CAPA, el principal obstáculo para realizar intervenciones comunitarias es la seguridad. En la mayoría de los casos, son territorios donde operan grupos del crimen organizado, por lo que se tiene la percepción de que no tienen garantías para ir a campo.

Nosotras aquí somos puras mujeres, vamos en el vehículo institucional, pero nada nos garantiza que no nos pase nada. Vamos de buena voluntad. En ocasiones, es la misma comunidad la que nos dice que no vayamos porque la situación está especialmente complicada. Pero muchas veces vamos y nos ha tocado que se nos quedan mirando, o un carro nos sigue todo el recorrido, desde que entramos al municipio. Es una situación compleja. *Personal CAPA-Capital*

Por estas limitaciones, la principal acción comunitaria que realizan los CAPA en SLP es la formación de promotores comunitarios en adicciones.³⁴ Estos promotores comunitarios fungen como primeros contactos en situaciones de consumo, pero el enfoque de trabajo no es comunitario, sino intramuros, en tanto ellos refieren “los casos” a los servicios. En palabras de los funcionarios, los promotores comunitarios formados son principalmente docentes, psicólogos y consejeros y pasantes de psicología, de modo que, aunque el perfil de promotor comunitario no exige una formación profesional, al final terminan siendo personas que desempeñan un cargo

33 Como recurso de transporte y capacitación en torno al trabajo comunitario y los dispositivos comunitarios de atención.

34 En 2019 se formaron 600 de estos promotores comunitarios, quienes fueron entrenados en la detección de consumo de sustancias ilegales, consejería y canalización a servicios.

dentro de instituciones educativas y/o de salud, reforzando la perspectiva médica frente al uso de sustancias y el carácter intramuros de la atención que se ofrece frente al consumo de drogas en SLP.

A continuación se describen las características de los servicios de atención en modalidad residencial con base en la información obtenida a través de las 23 encuestas de caracterización de los servicios (22 de ellos estaban instituidos como organizaciones no-gubernamentales y uno como institución pública adscrita al Sistema Estatal para el Desarrollo Integral de la Familia [DIF]), y las 16 entrevistas realizadas con responsables y consejeros de estos establecimientos (uno en un centro público y 15 en establecimientos no gubernamentales).

Caracterización de los servicios de tratamiento residenciales de San Luis Potosí, México

SLP cuenta con 56 centros de tratamiento residencial para el uso problemático de drogas registrados por la COEPRIS. De ellos, sólo cinco tienen reconocimiento para operar por parte de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC),³⁵ es decir, sólo 8.9% de los establecimientos cumplen con los requisitos planteados en la NOM-028.³⁶

En México no se otorgan licencias de funcionamiento a los centros de tratamiento, por lo que es relativamente sencillo abrir este tipo de establecimientos aun cuando no tengan reconocimiento por parte del CONADIC. Tener o no reconocimiento por parte de esta institución no se traduce en la práctica en un beneficio adicional para los centros de tratamiento. Lo que se obtiene es un certificado de calidad de la atención. En cambio, cumplir con los requisitos implica una alta inversión especialmente en infraestructura. En este contexto, los directores de estos centros no se sienten suficientemente motivados a reunir los requisitos marcados por la NOM-028.³⁷

Hasta 2018, el gobierno federal, a través del CONADIC, otorgaba becas a aquellos centros que estaban certificados. Las becas consistían en pagar el tratamiento de una persona por tres meses. Sin embargo, en el marco de la lucha contra la corrupción del Gobierno Federal, este sistema de becas se eliminó. Así, hoy existen aún menos incentivos para cumplir con los lineamientos que exige la ley. En palabras de uno de los directores de los centros de tratamiento entrevistados: “Nos exigen mucho y no nos dan nada. Nosotros con nuestros propios recursos ofrecemos un servicio a la comunidad que nadie más está prestando”.

La insuficiente supervisión por parte de las autoridades en salud, en conjunto con la alta demanda insatisfecha de servicios de tra-

35 Estos requisitos son verificados a través de una visita de supervisión, donde un oficial da cuenta de las condiciones de calidad de los servicios que se ofrecen en términos de infraestructura, procedimientos y calidad de la atención. Estos reconocimientos se renuevan cada tres años. Para una revisión de los requisitos ver: https://salud.edomex.gob.mx/imca/documentos/servicios_imca/Tramite%20de%20registro%20ante%20el%20CENADIC.pdf

36 Ospina-Escobar (2020). El sistema de atención y cuidado al uso problemático de drogas en México: aislamiento,

estigmatización y desamparo, realizó una estimación del nivel máximo de certificación de centros de tratamiento residenciales de 9.5%.

37 En palabras de algunos de los directores de los centros de tratamiento, el solo trámite puede costar hasta \$120,000 (USD\$6,000), además de las adecuaciones físicas y de mobiliario que supone el poder cumplir con cada uno de los requisitos.

tamiento, facilita la apertura y mantenimiento de establecimientos que violan los derechos humanos de las personas que usan drogas y de establecimientos que, aun sin cometer graves violaciones a los derechos humanos, no cumplen con criterios mínimos de calidad en los servicios que estipula la Norma Oficial.

Antes de trabajar aquí, trabajé en un centro para mujeres. En las sesiones, las chicas me hablaban de golpes y al principio no les creía, pero luego vi los moretones, las marcas, y entonces empecé a escribir los reportes en las historias clínicas. También escuchaba algunos lunes, que el fin de semana entraban hombres y las obligaban a estar con ellos. Todo lo escribía en las historias clínicas y un día el director me pidió que eliminara mis notas, me negué y me despidió. Fui a la Secretaría de Salud a denunciar las irregularidades y me dijeron que debía ir a la Fiscalía. Fui allá y me pidieron que les llevara pruebas, obviamente no tenía nin-

guna prueba, pues cuando me despidieron básicamente me obligaron a salir sin poder recoger mis notas ni expedientes. Fue una situación muy difícil. Ese centro sigue en funcionamiento, es uno de los pocos para mujeres aquí en San Luis y me genera mucha frustración no poder hacer nada por las mujeres que están allí encerradas. *Psicóloga de Centro de Tratamiento No Gubernamental*

Infraestructura

Las visitas a los centros de tratamiento permitieron identificar una gran variabilidad en términos de infraestructura. La diferencia más importante encontrada es entre el centro gubernamental y los no-gubernamentales (ver Imagen 1). El centro gubernamental se caracteriza por una alta calidad en sus instalaciones, consultorios amplios y múltiples, salas de espera, zonas verdes, área deportiva y dormitorios amplios y ventilados, todos con camas.

Imagen 1. Vistas del centro de tratamiento gubernamental. San Luis Potosí, México, 2019



Fuente: <http://temazcalli.gob.mx/nosotros.html>

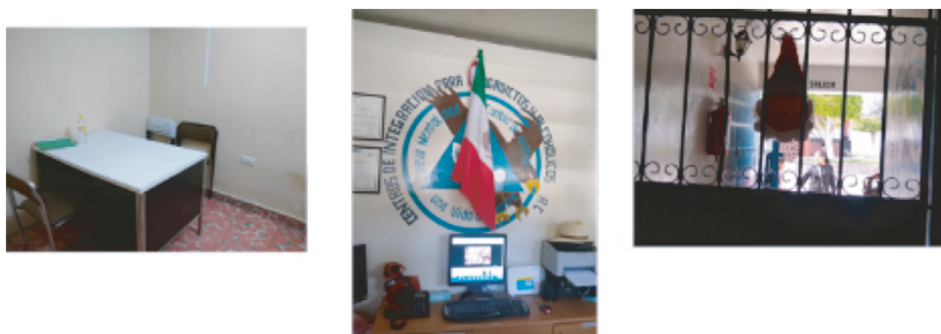
.....

Imagen 2. Vistas de centros de tratamiento no gubernamentales. San Luis Potosí, México, 2019



Fuente: Imágenes propias.

Imagen 3. Vistas interiores de centros de tratamiento no gubernamentales. San Luis Potosí, México, 2019



Fuente: Imágenes propias.

En contraste, los centros de tratamiento no gubernamentales son, en la mayoría de los casos, casas habilitadas para tal fin (ver Imagen 2). Casi todos los centros pagan renta y sólo en algunos casos (3/22) el espacio fue donado por el estado para realizar las actividades. En general, los edificios donados por el estado son más amplios y funcionales que los edificios en los que se paga renta.

En términos generales, los edificios en los que operan los centros de tratamiento no gubernamentales no cuentan con zonas verdes y los consultorios suelen tener espacios muy reducidos (Imagen 3). El espacio de los centros no gubernamentales visitados se caracterizaba por tener a la entrada una recepción en la que se encontraban expuestos los certificados y reconocimientos obtenidos, un escritorio y dos sillas. Después casi siempre había una puerta que permanecía cerrada, en la mayoría de los casos, y que definía el interior del internamiento.

Tras esa puerta, en la mayoría de los centros no gubernamentales visitados, encontramos un patio donde los usuarios pasaban su tiempo libre, una cocina con el equipamiento básico para operar, el comedor y los baños. La mayoría de los centros visitados sólo contaba con dos cuartos, uno que operaba como dormitorio y otro donde realizaban juntas, tribuna, terapias y actividades grupales. En la mitad de los casos, los dormitorios no contaban con camas, de modo que los usuarios dormían en colchones sobre el suelo o simplemente sobre cobijas dispuestas en el suelo; en otros casos, los dormitorios estaban organizados con literas. Una de las principales quejas de los usuarios entrevistados fue precisamente la falta de mobiliario adecuado en los centros y, particularmente, la falta de camas.

Aquí está mejor, todos dormimos en cama, pero en el otro centro donde estuve, éramos muchos, como 40, y todos dormíamos en el piso. No había ni colchones, sólo ponían cobijas y órale, así nos la aventábamos. Se pasaba mucho el frío y no dormía bien. En mi opinión, así nadie se rehabilita, no son condiciones. *Usuario de Centro de Tratamiento No Gubernamental, 23 años*

Cabe resaltar que un tercio de los centros no gubernamentales visitados no tenía agua al momento de la visita. La falta de agua dificultaba que los usuarios pudieran bañarse diariamente y dificultaba el aseo de los baños. Al preguntar de manera informal por esta situación, los representantes de los centros manifestaron que es un problema común en las colonias donde se ubican y que lo resolvían comprando carrotaques de agua. Los centros reportaron comprar agua con un costo de \$900 (USD\$45), en promedio, al menos una vez a la semana. En contraste, el centro público de tratamiento contaba con todos los servicios y cumplía con los estándares de higiene que se esperan en este tipo de establecimientos.

Capacidad y brechas de atención

La capacidad de atención promedio de los centros de tratamiento visitados es de 31 usuarios. El centro público reportó una capacidad de atención máxima de 30 personas; en los centros no gubernamentales el rango fue de 10 a 100, con un promedio de 32 personas. Sin embargo, la observación de las instalaciones visitadas permite cuestionar que en realidad puedan albergar a más de 30 personas en condiciones dignas y salubres.

Tomando como referencia una capacidad promedio de 30 personas por centro por un tratamiento de tres meses, se estima una capacidad de atención anual de 6,720 personas en los 56 centros disponibles en todo el estado. Si consideramos sólo los centros certificados por CONADIC, la capacidad de atención se reduce a 600 personas al año. *Es decir, sólo 600 personas al año pueden recibir atención de calidad para el uso problemático de drogas en todo el estado de SLP.*

Considerando el volumen de población de entre 12 y 65 años proyectado para 2020 (CONAPO, 2020) y estimando una prevalencia de dependencia de 0.25%,³⁸ estimamos un universo de necesidad de atención para el uso problemático de sustancias de 5,012 personas.

Analizar esta brecha de atención en relación con las desigualdades estructurales se torna fundamental para pensar sistemas de atención eficientes y equitativos. En el caso de SLP, el costo de los servicios residenciales y el requisito de contar con un tutor para poder ingresar son características que dificultan que personas en mayor condición de vulnerabilidad puedan acceder a estos servicios. En consecuencia, la insuficiencia se torna discriminatoria en tanto que excluye, de entrada, a las personas más marginadas.

En este análisis resulta evidente que, a pesar de las insuficiencias, de la falta de cali-

dad de los servicios e, incluso, a pesar de las violaciones a los derechos humanos que se reportan en algunos centros de tratamiento no-gubernamentales, éstos son la única alternativa disponible de tratamiento frente al uso problemático de drogas para miles de familias pobres en México.

Al analizar por género, se encuentra que existen pocos centros que reciben mujeres (6/23) y sólo uno de ellos brinda acceso exclusivo para ellas. Sin embargo, los servicios que se ofertan en este centro exclusivo para mujeres no son distintos a los que se ofrecen en los centros exclusivos para varones. En general, los centros no ofrecen información sobre salud sexual y reproductiva, elementos de crianza positiva o estrategias para elaborar situaciones relacionadas con las violencias de género que han enfrentado. Tampoco ofrecen espacios donde las mujeres puedan traer a sus hijos, por lo que ingresar a tratamiento supone renunciar a su rol de cuidadora y/o madre. Por ello se observa que, en general, la mayoría de las mujeres que ingresan a tratamiento son menores de 19 años.

Yo empecé a darme cuenta que tenía un problema con el cristal que no me estaba llevando a nada bueno, porque nomás sólo quería usar, pero tampoco tenía a quien pedirle ayuda porque me daba temor que me quitaran a mi hija. Por eso tampoco quería que me anexaran, porque no quería separarme de la niña, pero ni modo, mi mamá llamó a los policías y me trajeron para acá. Ella se quedó con la niña. *Usaria de Centro Tratamiento No Gubernamental, 18 años*

Al preguntar a los directores de centros de tratamiento no gubernamentales por qué

38 A nivel nacional, la prevalencia es de 0.6%. No se consideró correcto imputar la misma prevalencia de dependencia a SLP, pues la incidencia de consumo de sustancias ilegales en el último mes es de 0.6%. Se estimó la prevalencia de dependencia utilizando la diferencia entre la incidencia de consumo en el último mes entre el nivel nacional y el encontrado en SLP de 0.43 y este diferencial se aplicó a la prevalencia de dependencia. Asumiendo que la prevalencia de dependencia en SLP correspondería al 43% de la dependencia reportada a nivel nacional ($0.6 \times 0.43 = 0.25$).

no reciben mujeres, su respuesta generalizada fue que “son conflictivas” o “se meten con otros internos y generan conflictos”. Es importante promover la perspectiva de género en los centros de tratamiento no gubernamentales y abrir una discusión mayor en el Departamento de Salud Mental y Adicciones sobre las necesidades específicas de atención de mujeres con uso problemático de drogas.

Si bien todos los centros de tratamiento entrevistados manifestaron que no discriminan por género o preferencia sexual, tampoco recuerdan haber atendido a personas *trans*. Ninguno tiene lineamientos específicos para atender las particularidades de las personas lesbianas, gays, transgénero, transsexuales y no binarias para protegerlas ante potenciales situaciones de violencia que puedan vivir al interior de los centros de tratamiento dadas las condiciones de hacinamiento y falta de privacidad encontrada en la mayoría de los establecimientos visitados.

Nuevamente, es necesario abrir la discusión desde el Departamento de Salud Mental y Adicciones sobre las necesidades específicas de atención a esta población. Al respecto, conviene subrayar que no existen lineamientos nacionales que consideren las necesidades específicas de atención de estas poblaciones y tampoco existen instrumentos oficiales que permitan captar dichas necesidades.

Concepción del usuario

En todos los centros visitados, tanto en el público como en los no gubernamentales, se nombra al usuario de los servicios como “paciente”, lo que enfatiza la perspectiva médico-clínica de la atención y la concep-

ción del uso de sustancias en sí mismo como enfermedad. Desde este lugar de enfermedad, se legitiman el tratamiento compulsivo –en el caso de los centros no gubernamentales– y la medicación a todas las personas ingresadas –en el caso del centro público–.

Un adicto es una persona enferma, pero, a diferencia de otra enfermedad, él no se da cuenta que lo tiene, pero los que viven con él sí, por eso los internamos sin su consentimiento. Cuando están aquí y después de desintoxicarse, se van dando cuenta del daño que causan y entonces empiezan a tomar consciencia de su enfermedad [...]. Si los dejáramos afuera haciendo daño, nunca se darían cuenta que tienen un problema, porque *así es la mentalidad del adicto, hace trampas para no dejar ver su vulnerabilidad*. *Director de Centro de Tratamiento No Gubernamental*

Todos nuestros pacientes reciben medicamentos psiquiátricos todas las mañanas, hace parte de su rutina, y están obligados a tomarlos, pues hace parte integral de su tratamiento. La valoración psiquiátrica a su ingreso permite identificar que todos tienen problemas de ansiedad, depresión y otras comorbilidades que requieren estos medicamentos. Además, esto les permite estar más tranquilos para enfrentar el encierro y tener mejor adherencia. *Director de Centro de Tratamiento Público*

La medicación generalizada fue un punto crítico identificado por los usuarios del centro público de tratamiento.

Aquí la atención es muy buena, en comparación con los anexos, ¿verdad? Lo único que

no me gusta es que todos los días nos dan a todos medicamentos psiquiátricos. En mi caso, me quitan ánimo, me siento como extraño, pesado, como desconectado de mi cuerpo []. Me asusta que me vuelva adicto a ellos una vez salga de aquí. Me gustaría que me preguntaran si quiero medicarme o no, porque aquí no te preguntan nada, tú simplemente tienes que seguir las indicaciones de los médicos, los enfermeros, de todo el personal. *Usuario de Centro de Tratamiento Público, hombre, 25 años*

Esta concepción del usuario y del uso de sustancias implica el establecimiento de relaciones verticales entre quienes dirigen los centros (públicos y no gubernamentales) y los usuarios de los servicios, donde se espera que éstos actúen con humildad, obediencia y sobriedad. Las personas que no cumplen con estas características son dadas de baja de los servicios, en el caso del centro público. En los centros no gubernamentales, donde el ingreso no es voluntario, son características que ameritan castigos, que van desde el aislamiento y la falta de comida hasta los castigos físicos.

Yo siento que ya estoy listo para salir, ya llevo cuatro meses aquí, pero como mi familia sigue pagando para que me tengan aquí, no puedo salir. Lo único que puedo hacer es aguantar y portarme bien para que se convenzan de que ya puedo estar afuera. Si muestro alguna señal que es entendida como rebeldía por los que manejan aquí el centro, me arriesgo a que me castiguen o me dejen más tiempo, por eso toca cooperar. *Usuario de Centro Público de Tratamiento Residencial, 23 años*

Aún más, la concepción del usuario como paciente, tanto en los servicios ambulatorios como residenciales, favorece la reproducción de las desigualdades sociales. El carácter involuntario del internamiento y el énfasis en la obediencia y el seguimiento de las normas dentro del centro son características que minan la capacidad de agencia de los usuarios y la oportunidad de pensar su consumo desde una perspectiva distinta a la culpa y la falla autobiográfica del *self*.³⁹

En ese sentido, el tratamiento mismo induce al sujeto a considerar su uso problemático de drogas como un padecimiento individual, independiente de las condiciones sociales, económicas, políticas y culturales en las que vive. Se favorece así la internalización del estigma lo que, a su vez, profundiza procesos de exclusión social y marginación que son sostenidos por la familia. Estos mecanismos inciden en que el uso problemático de drogas constituya un factor de agudización de la pobreza de aquellas familias que viven en contextos de vulnerabilidad social y que no encuentran apoyos efectivos del Estado para lidiar con esta situación de salud.

Características del tratamiento

El centro público de tratamiento es de carácter mixto y el tratamiento que ofrece es estrictamente voluntario. El modelo de atención es profesional y el tratamiento está encabezado por el equipo de psiquiatras. Diariamente los usuarios reciben revisión de signos vitales por parte de la enfermería y terapias psicológicas imple-

39 Bauman, Z. (2001). *La sociedad individualizada*. Madrid: Ediciones Cátedra.

mentadas por profesionales. Estos profesionales son supervisados semanalmente a través del análisis de casos. El tratamiento tiene una duración de tres meses y la meta, en palabras de su director, es “evitar recaídas”, por lo que la abstinencia se mantiene como el principal indicador de éxito del tratamiento.

En contraste, sólo cinco de los 22 centros no gubernamentales visitados reportaron el carácter voluntario del internamiento. Justamente el internamiento compulsivo es quizás uno de los elementos más criticados por los usuarios de los servicios.

Los familiares te traen para deshacerte de ti y poder estar tranquilos ellos. Pero no está bien. A mucha gente la traen con engaños, a mí me trajeron cuatro cabrones y me ingresaron. Yo pienso que así no funciona, porque debe venir de uno la necesidad de rehabilitarse, si no todo es peor. Sale uno pensando en cómo vengarse, cómo sacarse ese resentimiento y eso es drogándose más porque sabe que así uno les da en la madre. *Usuario Centro de Tratamiento No Gubernamental, 32 años*

Yo pienso que está bien que te traigan tus familiares sin tu consentimiento, pero que al mes que ya tuviste la experiencia de la desintoxicación, te vuelvan a preguntar si te quieres quedar o no, porque si no, uno resiente el encierro y se empieza a llenar de resentimiento. *Usuario Centro de Tratamiento No Gubernamental, 53 años*

En términos de servicios, de los 23 centros encuestados, 18 (78%) no ofrecían servicios ambulatorios. En cuatro de los cinco casos restantes, los servicios ambulatorios

consistían en participación en reuniones de grupos de ayuda mutua. Ninguno de los establecimientos visitados (ni públicos ni privados) ofrecía servicio de urgencias, por lo que estos casos son remitidos directamente a la unidad de salud mental del estado. Sólo la institución pública del estado ofrecía, además de los servicios residenciales, servicios profesionales ambulatorios para el uso problemático de drogas.

Con respecto al modelo de atención, 12 de los 23 centros encuestados se autodenominaron como de modelo mixto de atención; seis como de ayuda mutua; cuatro como profesional y uno como alternativo. El modelo alternativo consistía en una aproximación comunitaria. En este último, los y las usuarias no estaban internados sino que podían realizar sus actividades cotidianas y el tratamiento consistía en acudir todos los días de seis a ocho de la noche al centro comunitario vecinal para participar en diversas actividades como reunión de grupos de autoayuda (padres, madres, usuarios hombres y mujeres), talleres sobre manejo de emociones, conferencias. Además, se ofrecía atención psicológica durante el día en consultorios privados donde los psicólogos tenían su práctica, actividades deportivas, vinculación laboral y la posibilidad de participar en actividades religiosas lideradas por una congregación cristiana.

La abstinencia fue reportada como meta de tratamiento en la mayoría de los centros encuestados (13/23) (Gráfica 24). La segunda meta más mencionada fue la reinserción social de las personas (3/23) y la tercera, su recuperación o rehabilitación (3/23). La duración promedio reportada del tratamiento fueron 4.5 meses, con un rango de tres a doce meses, siendo la duración más común

los tres meses. La intervención “alternativa”, a diferencia de las otras intervenciones que se identificaron con modelos profesionales, mixtos o de ayuda mutua, no estableció un momento de fin de tratamiento, sino que lo representa en términos de un acompañamiento continuo.

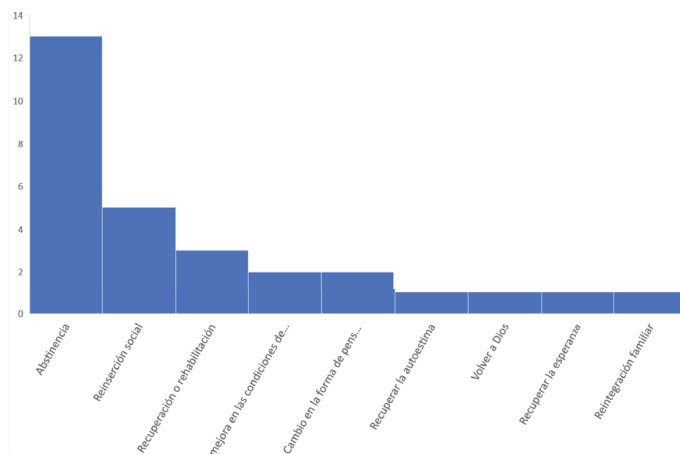
Las adicciones son como andar con una pistola cargada, no se sabe en qué momento se va a disparar, por eso lo que nosotros nos proponemos es brindarles una red de apoyo a los jóvenes que están pasando por una situación de consumo y a sus familiares, que sepan que no están solos y lo ideal es que continúen viniendo. Cuando ya llevan un tiempo sin consumir, entonces les pedimos que vayan a otras iglesias a dar testimonio y así, que apoyen con las mismas actividades y eso es parte del tratamiento. *Director de Centro de Tratamiento Alternativo*

La mayoría de los representantes de los centros no gubernamentales entrevistados coincide en que tres meses de tratamiento

es un periodo mínimo en el que la persona se desintoxica y tiene la oportunidad de empezar a reflexionar sobre su consumo, pero que no es un tiempo suficiente para lograr cambios definitivos en su estilo de vida.

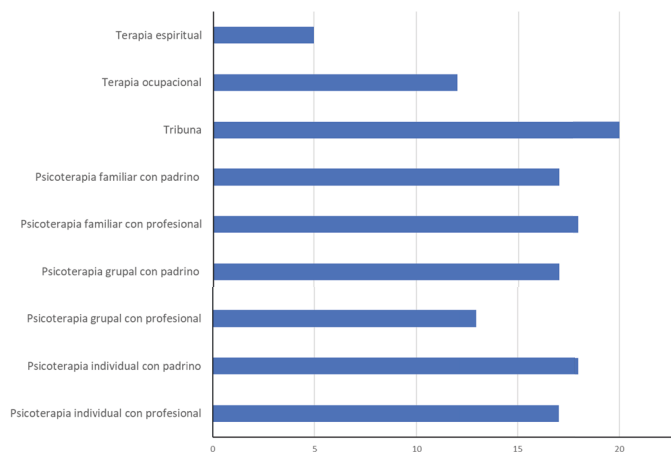
Depende mucho del tipo de sustancia por la que venga y sus dinámicas de consumo. Por ejemplo, una persona que venga por cristal, normalmente toma hasta un mes para “bajarse del avión” como dicen ellos. Traen delirios, alucinaciones y no hay mucho que se pueda trabajar con ellos en ese primer mes. Al segundo mes están lidiando con el enojo y el resentimiento de que los hayan internado. Y al tercer mes, ya cuando por fin se están estabilizando, ya se van. Entonces, la verdad es que no creo que se genere un cambio profundo de su personalidad. Más bien, lo que se busca es estabilizarlos, que se recuperen un poco, que coman, descansen para que el desgaste de la droga sea menor. *Psicóloga de Centro de Tratamiento No Gubernamental*

Gráfica 24. Meta de tratamiento reportada por los centros de tratamiento encuestados



Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 25. Estrategias terapéuticas reportadas por los centros de tratamiento encuestados



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a las estrategias terapéuticas empleadas (ver Gráfica 25), la tribuna⁴⁰ fue la más comúnmente reportada en todos los centros encuestados (20/23). La diversidad de alternativas terapéuticas fue una diferencia importante al comparar el centro público de tratamiento con los centros no gubernamentales. El centro público ofrece, además de las opciones convencionales (psicoterapia individual, grupal y familiar, terapia farmacológica, tribuna): terapia ocupacional (carpintería), arte-terapia, *mindfulness* y yoga. En contraste, en los centros no gubernamentales visitados: trece ofrecían terapia ocupacional, sólo uno ofrecía yoga, y sólo uno ofrecía meditación y zumba. Aunque una minoría de los centros (n=5) reportó ofrecer terapia espiritual, en las visitas realizadas se encontró que las lecturas bíblicas eran parte de las rutinas terapéuticas que se ofrecían en 10 de los 15 centros no gubernamentales visitados. Ello se debe principalmente a que son servicios gratuitos que prestan iglesias cristianas y evangélicas.

La falta de diversidad en las actividades y estrategias terapéuticas que ofrecen los cen-

tros no gubernamentales fue una segunda queja reiterada entre los usuarios entrevistados.

Pues aquí la rutina es sólo tribuna, tribuna, tribuna y leer la Biblia y limpiar. Ésa es toda la terapia. Te levantas y tribuna. Escuchas cada cosa que dice la gente que está aquí, desayuno y tribuna, después limpiar y al rato tribuna de nuevo. No es que sea mal, pero es tanto que enfada. *Usuario de Centro de Tratamiento No Gubernamental, 28 años*

Llama la atención que en la mayoría de los centros hay un interés por involucrar a las familias en el proceso terapéutico, por lo que al menos 17 de los 23 centros realizan algún tipo de terapia familiar. Sin embargo, en la mitad de los centros no gubernamentales esta terapia es coordinada no por un profesional, sino por un padrino/madrina.⁴¹ El acompañamiento de un familiar es una condición para ingresar a la mayoría de los centros entrevistados y encuestados; aunque, involucrar a la familia en el proceso terapéutico es un reto. En algunos centros, la participación de familiares en la terapia y la asistencia a la visita son condicionantes de la permanencia del usuario en el centro. Lo que significa que aquellas personas que no cuentan con apoyo familiar tienen menores oportunidades de acceso a tratamiento.

40 La tribuna es una intervención en la que una persona se para frente a los compañeros en tratamiento y da testimonio de cómo era su vida cuando estaba usando sustancias, con un énfasis en los efectos negativos que tuvo esta práctica en sus relaciones sociales, familiares y laborales. También se utiliza para externar emociones negativas, a modo de catarsis. La forma de operar la tribuna cambia según el centro. En unos no se permiten intervenciones por parte de los demás asistentes, en otros los asistentes pueden confrontar a quien está dando testimonio y éste tiene que callar y escuchar comentarios negativos e incluso, humillantes, lo cual hace parte del tratamiento en tanto debe transformar su ego y poder controlar su impulso a reaccionar ante agresiones percibidas. Dar testimonio en “tribuna” se considera un acto de humildad. Véase García, A., & Anderson, B. (2016). Violence, Addiction, Recovery: An Anthropological Study of Mexico's Anexos. *Transcultural Psychiatry* 53 (4):445-464.

41 Un padrino/madrina es una persona que ha tenido una experiencia en el uso problemático de drogas y/o dependencia, quien lleva un tiempo (usualmente al menos un año) en abstinencia, lo que le faculta para acompañar el proceso de desintoxicación de las personas que ingresan a los centros de tratamiento. Su experiencia de vida y no su formación académica es lo que faculta al “padrino” o madrina para dar este acompañamiento.

Muchas veces siento que las familias internan a su ser querido para encerrarlo y poder descansar tres, cuatro o cinco meses, pero que no tienen un interés real en que se mejoren, porque se les explica que la familia es parte fundamental del tratamiento, pero no vienen a las sesiones familiares, no vienen a la visita tampoco. A veces los muchachos no tienen sus cosas básicas de aseo personal porque nadie viene a verlos, lo que les genera más resentimiento. Psicóloga de Centro de Tratamiento No Gubernamental

El costo promedio del tratamiento completo (tres meses) es de \$5,845 (292USD aprox.), con un valor máximo de \$38,000 (1600USD aprox.) –que corresponde al único centro público del estado–. Cinco de los 23 centros encuestados reportaron ofrecer los servicios de manera gratuita y nueve reportaron costos menores a los \$3,500 (150USD aprox.). En las entrevistas realizadas con el personal de consejería y dirección de los centros, el centro público mencionó que la asignación del precio a pagar por el tratamiento depende del estudio socioeconómico que se realiza al momento del ingreso. Los centros que operan bajo el modelo de ayuda mutua fueron quienes en mayor proporción reportaron ser gratuitos o con un costo máximo de \$3,500 (150USD aprox.). Estos costos deben ser asumidos por las familias, por lo que son excluidas las personas que no cuentan con apoyo familiar y/o no cuentan con los ingresos suficientes para pagar los costos de tratamiento.

Conviene señalar que la mayoría de los centros no gubernamentales encuestados (20/23) reportó no recibir apoyo estatal de ningún tipo, mientras que sólo ocho reportaron no recibir donativos privados. Los prin-

cipales donativos reportados fueron comida, insumos de aseo, ropa y dinero. Estos donativos no son aportes significativos, por lo que la principal fuente de financiamiento de los centros privados son las cuotas que cobran a las personas por ingresar. Los centros que reciben a una mayor proporción de población sin capacidad de pago se enfrentan al dilema de bajar la calidad de la comida y depender exclusivamente del suministro público de agua, de modo que puedan cubrir los gastos indispensables (renta, servicios públicos y pago de profesionales), situación que afecta las condiciones de vida de los usuarios.

Todos los centros encuestados reportaron realizar acompañamientos a servicios de salud en casos en que la persona internada necesite algún tratamiento médico particular. Asimismo, la mayoría de los centros encuestados (20/23) reportó que, dentro de los servicios que ofrecen, está el seguimiento una vez que la persona sale del internamiento; sin embargo, en las entrevistas realizadas, los consejeros y directores reconocieron que son pocas las personas que regresan a las sesiones de seguimiento. Esto se da en parte porque la mayoría entra al tratamiento de manera involuntaria, por lo que, como lo menciona uno de los psicólogos entrevistados, “cuando finalmente llegan a los tres meses, lo último que quieren es regresar al centro para hacer seguimiento”.

En las entrevistas se pudo conocer que, en la mayoría de los casos, los familiares de las personas internadas deben cubrir los gastos de las visitas médicas y la compra de los medicamentos. En algunos casos, cuando los internos no cuentan con este apoyo familiar y requieren la atención médica, el centro se hace cargo de los gastos; no obstante, no

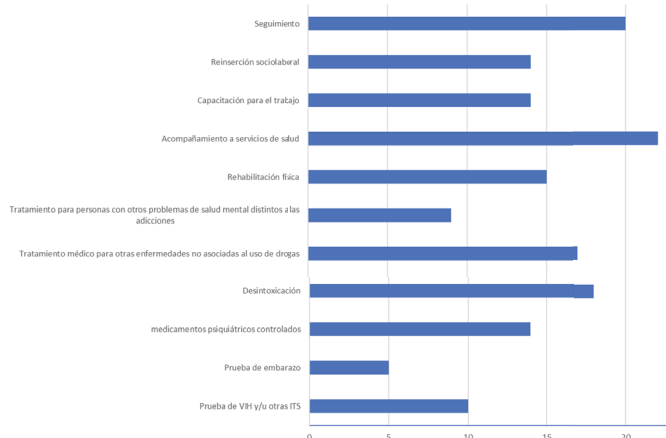
todos responden de la misma manera. La desintoxicación y la oferta de medicamentos para tratar padecimientos distintos a aquellos relacionados con el uso de sustancias, fueron otros de los servicios más reportados por los representantes de los centros consultados (18/23 y 17/23, respectivamente). La entrega de medicamentos psiquiátricos controlados como parte del tratamiento fue reportada por 14 de los 22 centros no gubernamentales encuestados.

Sólo dos de los centros entrevistados (el centro público y un centro no gubernamental) cuentan dentro de su equipo con un nutriólogo. En estos dos establecimientos, la valoración de las necesidades nutricionales de la persona es parte de la valoración integral al momento del ingreso y, con base en ello, se diseña una dieta que es considerada parte del tratamiento. Aunque la mayoría de los responsables de los centros no gubernamentales entrevistados

aceptan que la alimentación es una parte esencial de la recuperación de la persona, reconocen también que la falta de financiamiento incide en sus posibilidades de ofrecer una dieta balanceada.

Yo qué más quisiera que darles una buena dieta a los muchachos. Darles carne, darles proteína, pero muchas veces no alcanza sino para arroz, tortillas y frijoles. Es la realidad. Hace mucha falta el apoyo por parte del gobierno, porque nuestro trabajo beneficia a la sociedad. Nosotros aceptamos a todas las personas que solicitan el servicio, así no tengan lo del ingreso. Lo hacemos porque sabemos que esa mamá está sufriendo, que esa familia está sufriendo y que no tienen a dónde llevar a ese muchacho. Pero también es cierto que a veces nos quedamos cortos de dinero y fallamos en la alimentación. *Director de Centro de Tratamiento No Gubernamental*

Gráfica 26. Servicios que se ofrecen en los centros de tratamiento encuestados



Fuente: Elaboración propia.

La capacitación para el trabajo es otro servicio ideal reportado por los centros entrevistados. La mayoría de los representantes de centros no gubernamentales entrevistados expresó su deseo de ofrecer capacitación en la realización de algunos oficios que les permitan a los usuarios de sus servicios poder acceder a un trabajo una vez termine el tratamiento. Sin embargo, afirmaron que la falta de espacios para ubicar los talleres, la falta de mobiliario y herramientas, así como la falta de personal capacitado que pueda ofrecer la capacitación son las barreras encontradas para ofrecer estos servicios.

En todos los centros visitados, tanto el público como los no gubernamentales, tienen una rutina estricta que marca la vida en una “institución total”⁴² y que tiene la finalidad de reestructurar la vida de los usuarios en torno a hábitos que favorecen la abstinencia. En consecuencia, se tiene una misma hora al levantarse que varía entre seis de la mañana (en el centro público) y ocho de la mañana, en algunos centros no gubernamentales; participación en diversas actividades que se ofertan durante el día y las tardes (que se repiten día a día, con excepción del fin de semana); comidas a una misma hora, e ir a dormir entre las nueve y las once de la noche.

Personal y perfiles profesionales de proveedores de servicios

El centro público no brindó información para caracterizar los perfiles profesionales de las personas que ofrecen los servicios.

No obstante, la información pública disponible permitió identificar un equipo de veinte personas –todas profesionales con nivel mínimo de escolaridad de licenciatura y máximo de doctorado–, con edades que van desde los 25 hasta los 50 años, organizadas en las áreas de trabajo social, comunidad terapéutica, rehabilitación, nutrición, prevención, psiquiatría y laboratorio.

Por su parte, los centros no gubernamentales entrevistados reportaron funcionar con equipo promedio de nueve personas, en un rango que va de tres a 38 personas. Los roles o posiciones más comunes reportadas fueron director, subdirector, administrador, secretario, oficios varios, encargado de cocina, encargado de seguridad, guía, psicólogo y médico.

Sin embargo, en la mayoría de los centros que están adscritos a modelos mixtos y modelos de ayuda mutua de atención, los únicos que reciben una remuneración por su trabajo son los médicos y los psicólogos. El resto es personal que, a cambio de sus servicios en el centro, recibe bien sea la comida, el hospedaje o algún dinero para gastos personales, que fluctúa cada semana dependiendo de la fluidez financiera del establecimiento. Por ello, estas personas no se consideran “trabajadores” sino que representan su trabajo en los centros como un servicio, un voluntariado que les permite mantenerse en sobriedad y, en esa medida, el servicio que prestan hace parte de su propio tratamiento.

Nosotros no somos trabajadores. Somos parte de esto. Lo hacemos de muy buena voluntad para sacar adelante a las personas con drogadicción, ya que nosotros somos parte de alcohólicos anónimos y estamos

42 Goffman, I. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.

para ayudar a los que lo necesitan []. Las familias nos buscan para que les podamos dar ayuda. *Director de Centro de Tratamiento No Gubernamental*

Las personas internadas que han concluido el periodo establecido de tratamiento y permanecen en el centro asumen roles de trabajo tales como encargados de seguridad, de cocina, de recepción, etcétera; de modo que, en la mayoría de los establecimientos de este tipo, son considerados parte del equipo, lo que explica que algunos centros hayan reportado equipos tan grandes.

Psicólogos y médicos hacen parte de la plantilla de profesionales que conforman el equipo de trabajo de la mayoría de los centros no gubernamentales encuestados. Sólo cuatro de los centros no gubernamentales encuestados no contaban con psicólogos para acompañar sus procesos de tratamiento, mientras que sólo seis no contaban con un médico. El servicio de psiquiatría es más escaso por los altos costos que éste supone, de modo que sólo tres de los 22 centros no gubernamentales encuestados contaban con un psiquiatra.

Mientras los y las psicólogas reportaron trabajar un promedio de 30 horas a la semana y acudir cinco días a la semana, los médicos reportaron trabajar en promedio nueve horas a la semana y acudir máximo tres días a la semana al centro a realizar valoraciones a nuevos ingresos. En caso de presentarse urgencias médicas, se llama a los profesionales (médicos y psicólogos), quienes acuden a prestar el servicio.

Los datos mostraron condiciones de trabajo bastante precarizadas en los centros de tratamiento no gubernamentales. En primer lugar, por la ausencia de remuneración para

quienes prestan servicios no profesionales al centro. En segundo lugar, porque, aunque los psicólogos, médicos y psiquiatras que trabajan en los centros reciben un pago, éste se realiza por consulta realizada y no cuentan con contrato. En promedio, a los psicólogos se les paga \$80 (4USD aprox.) por consulta individual y \$100 (5USD aprox.) por consulta grupal. A los médicos se les paga \$500 (25 USD aprox.) por día de visita al centro.

Mientras las edades de los médicos oscilan entre los 40 y 50 años, las edades de los psicólogos están entre los 25 y los 35 años. Pareciera que los psicólogos que prestan los servicios en los centros de tratamiento no gubernamentales son jóvenes recién egresados que están iniciando su trayectoria laboral y cuentan con poca experiencia, por lo que su trabajo en los centros representa su principal ingreso. En contraste, los médicos son personas con una trayectoria laboral ya establecida y el trabajo en el centro representa ingresos adicionales. La principal motivación de los psicólogos entrevistados para trabajar en los centros no gubernamentales, a pesar de las precarias condiciones laborales, es la falta de oportunidades para trabajar en otros espacios, el deseo de especializarse en adicciones y las capacitaciones que ofrece CAPA.

El análisis de los perfiles sociodemográficos de los directores de los establecimientos no gubernamentales muestra que la mayoría (10/22) tiene estudios de preparatoria completa o más, siete terminaron la secundaria y cinco alcanzaron sólo la primaria. La edad promedio de los directores son los 47 años, con un rango que va de los 29 a los 68 años. Todos reportan tener experiencia propia en tratamiento para uso problemático de drogas, con un tiempo promedio de recuperación de 16 años, y un rango que va desde

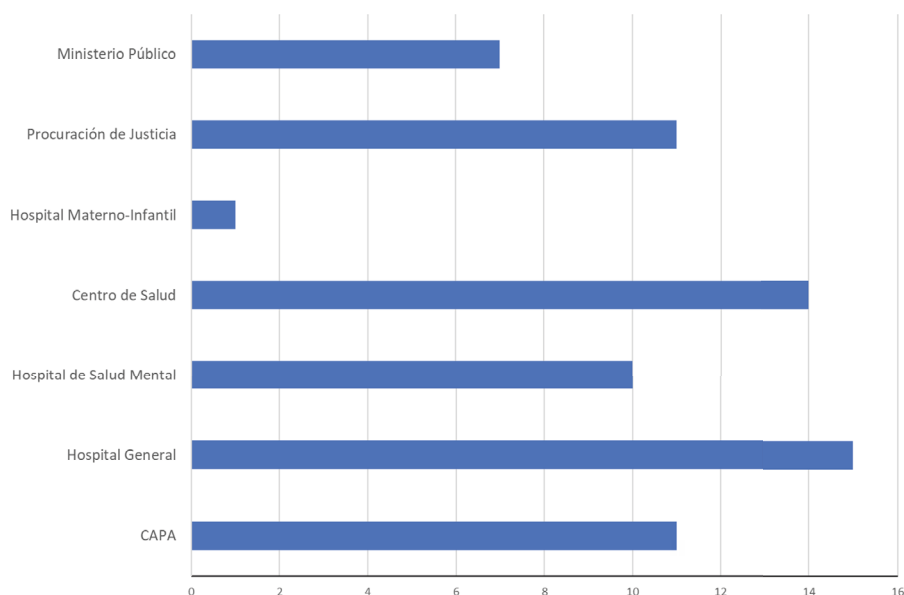
un año hasta 29. Sólo cinco de los directores de los 22 centros de tratamiento no gubernamentales reportaron recibir un sueldo fijo mensual con un valor promedio de \$1,588 (USD79 aprox.). El resto de los directores expresó no recibir ninguna remuneración por su trabajo en el centro.

Relaciones interinstitucionales

Las instituciones con quienes los centros de tratamiento tienen más relaciones

de referencia y contrarreferencia son las instituciones de salud y, en particular, el Hospital General (15/23), los centros de salud (14/23) y el Hospital de Salud Mental (11/23). Otras instituciones con las que los centros no gubernamentales establecen relación es con las del Sistema de Procuración de Justicia. Sin embargo, no se tiene un sistema de referencia-contrarreferencia, más allá de las anotaciones en las historias clínicas de los usuarios de los servicios utilizados.

Gráfica 27. Instituciones públicas con quienes los centros de tratamiento encuestados refieren tener relación. San Luis Potosí, México, 2019



Fuente: Elaboración propia.

Las entrevistas permitieron reconocer que los centros de tratamiento no gubernamentales sólo acuden a los servicios públicos de salud en caso de gravedad. Aquellos centros que no cuentan con un médico en su equipo, al presentarse situaciones que no representan gravedad, llevan a los usuarios a consultas médicas privadas, sea en alguna farmacia cercana o con un médico con quien se tiene relación. Lo mismo sucede en el caso de los servicios de laboratorio clínico, donde se acude a servicios privados. Algunas organizaciones civiles y grupos religiosos ofrecen servicios de talleres y estudios bíblicos una vez por semana.

Aunque todos los centros reportaron recibir a personas con VIH, ninguno reportó haber tenido una persona con esta situación de salud, por lo que la relación de los centros de tratamiento no gubernamentales con otras instituciones de salud pública distintas a adicciones no es muy común. Son organizaciones civiles y religiosas quienes acuden a los centros a ofrecer algún tipo de servicio. Por ejemplo, no se ofrecen por parte de la Secretaría de Salud pruebas gratuitas y voluntarias de VIH⁴³ u otras ITS, Hepatitis C, glucosa, o servicios de vacunación universal. La excepción es el centro gubernamental de tratamiento, quien directamente lleva a los usuarios a las distintas instituciones públicas que presentan estos servicios.

La principal relación de cooperación entre los centros de tratamiento no gubernamental

y el CONADIC es la capacitación en temas de adicciones. El centro público de tratamiento se presenta en el imaginario de los centros de tratamiento no gubernamental como el ideal a seguir y ello favorece el establecimiento de relaciones de cooperación. Los profesionales que trabajan en el centro público de tratamiento hacen parte del equipo capacitador del CONADIC, lo que favorece el intercambio de saberes y la profesionalización de los consejeros que trabajan en los centros no gubernamentales. A su vez, grupos de AA realizan tribuna diariamente en este centro público y acompañamiento de ayuda mutua.

Ese centro está muy bien porque el tratamiento que ofrecen es muy integral y el personal es muy profesional. Siempre que ellos vienen a darnos capacitaciones aprendemos mucho de nuestros temas que realmente nos interesan. Director de Centro de Tratamiento No Gubernamental

Trabajo comunitario

En general, la preeminencia de la perspectiva médica que impera en relación con el uso problemático de drogas, dificulta que estos establecimientos involucren a las comunidades a las que pertenecen los usuarios de sus servicios. Las intervenciones en la mayoría de los casos son estrictamente intramuros. De hecho, uno de los objetivos del internamiento es el aislamiento del usuario de su entorno social por considerarlo nocivo.

Sólo dos de los 22 centros no gubernamentales entrevistados reportaron construir redes de apoyo con la comunidad. Estas redes se integran por iglesias, pequeños negocios que operan en el área de influencia del

43 Es de destacar que 99% de las personas que han ingresado a tratamiento para uso problemático de drogas en centros de tratamiento no gubernamental declaran no haberse realizado nunca una prueba de VIH, aún a pesar de haber estado varias veces internados.

centro, y padres y madres de los usuarios de los servicios. A través de estas redes de apoyo se intercambian servicios. Por ejemplo, los jóvenes que reciben los servicios de tratamiento acuden a prestar servicios de pintura, jardinería o limpieza. Las iglesias donan alimentos o ropa. Los negocios permiten la reinserción laboral de los y las usuarios de servicios. Las entrevistas evidencian que estas redes se crean por la iniciativa de los representantes de los mismos centros y que son los familiares de las y los usuarias quienes alimentan las redes a través de intercambios de servicios y apoyos. El Estado no participa ni alimenta estas iniciativas.

Hay una estética que me ofreció una ayuda para capacitar a todas las chicas para que aprendan a maquillar, hacer peinados, poner uñas, pestañas y hacer cortes de pelo. Es una oportunidad que la misma comunidad le ofrece a los muchachos que están aquí, para que cuando salgan sepan hacer algo []. También hemos conformado una red de apoyo con una iglesia evangélica que tiene nueve iglesias en todo San Luis. El pastor promueve las cosas que los muchachos nuestros saben hacer y siempre salen trabajillos. En esta red de apoyo buscamos que los muchachos sean tomados en cuenta, que se les pague, porque siempre hay alguien que necesita un apoyo y los muchachos pueden hacerlo. *Director de Centro de Tratamiento No Gubernamental*

Asimismo, los grupos ambulatorios de AA y algunos centros de tratamiento residencial que se apegan a esta filosofía conforman una red informal de atención que facilita que las personas que requieren servicios de tratamiento residencial para el uso problemático

de drogas encuentren un centro acorde a sus necesidades financieras y geográficas. La red permite, además, que aquellos usuarios que terminan el tratamiento puedan encontrar un grupo de apoyo a través del cual puedan permanecer en abstinencia. A su vez, la red favorece el acceso de manera informal a opciones laborales y educativas, siempre basándose en el capital social de sus miembros y sin recurrir a canales institucionales.

La desconfianza hacia el Estado por parte de los centros de tratamiento no gubernamental fue un elemento reiterado en las entrevistas. Esta desconfianza obstaculiza una interlocución más activa con el Estado, más allá de la asistencia a las capacitaciones que se ofrecen. En general, los directores de los centros sienten que el Estado no está suficientemente interesado en las personas que ellos atienden y que cualquier solicitud va a derivar en una negativa y/o en mucho trabajo burocrático. Dado que la mayoría de las personas que trabajan en los centros lo hacen a modo de voluntariado, tampoco cuentan con el tiempo y los recursos para ejercer presión ante el Estado y conseguir apoyos específicos en términos de mobiliario, acompañamiento profesional y alimentación. La concepción del usuario como enfermo o incapacitado mental tampoco favorece que desde la sociedad civil se demanden al Estado mayores y mejores servicios de tratamiento.

Consideraciones generales sobre los servicios de tratamiento al uso problemático de drogas en SLP

El principal hallazgo a partir del análisis de la oferta de servicios de tratamiento presente en SLP es la cobertura insuficiente en re-

lación con el universo de necesidad de atención. Se estimó un universo de atención de 5,012 personas, considerando una prevalencia de dependencia a sustancias ilegales de 0.25% y un volumen de población entre 12 y 65 años, estimado para SLP (CONAPO, 2020). Pero, si se suma la población con dependencia al alcohol,⁴⁴ el universo de necesidad aumenta a 49,115 personas.

Estimamos una capacidad de atención en servicios residenciales de calidad, es decir, en centros que cumplen con todos los requisitos que exige la NOM-028, de 600 personas al año. Considerando una capacidad de atención de cada CAPA de cuatro personas por día por psicólogo, tendríamos una capacidad anual de atención de 1,120 personas y una capacidad anual de atención del CIJ de 308 personas (CIJ, 2018). Sumando la atención residencial y la atención ambulatoria del estado, tendríamos una capacidad anual de atención de 2,028. Eso representa el 40.5% del universo total de necesidad sólo para dependientes de sustancias ilegales. La demanda no satisfecha de atención es cubierta por los centros de tratamiento no gubernamental que no cuentan con certificación de CONADIC.

La cobertura de atención es mucho más precaria en el caso de las mujeres, pues sólo se encontró un centro que brinda atención exclusiva a mujeres y sólo 6 de los 23 centros visitados aceptaban mujeres. Sin embargo, en ninguno se atendían problemáticas específicas de mujeres adaptando un enfoque de género. Desde el Departamento de Salud

Mental y Adicciones conviene diseñar estrategias de capacitación en enfoque de género, partiendo de la comprensión de las dinámicas diferenciadas de consumo de sustancias en hombres y mujeres, y las condiciones individuales, familiares, sociales, económicas, comunitarias y políticas que inciden en atravesar periodos de dependencia en unos y otros. En ninguno de los espacios visitados se contemplaron espacios de atención a la violencia de género y/o sexual, que sabemos son experiencias comunes en mujeres con uso problemático de sustancias.

Es importante señalar también la falta de espacios específicos para adolescentes y/o menores de edad que contemplen estrategias terapéuticas específicas según su momento en el ciclo de vida y en su trayectoria de uso de sustancias.

Las visitas a los centros de tratamiento no gubernamentales y las entrevistas con sus directores nos permitieron constatar –en todos los casos, aun cuando cumplan con los requisitos de ley y aun en la precariedad bajo la cual ofrecen sus servicios– un interés auténtico de éstos por los usuarios, quienes, en la mayoría de los casos, no cuentan con otra opción de tratamiento. Empero, es importante tener en cuenta que alrededor de 40% de los centros registrados ante COEPRIS no acude a las reuniones programadas por el Departamento de Salud Mental y Adicciones, lo que podría indicar un menor apego a requerimientos de calidad en la oferta de servicios. Ante ello, una meta importante de esta coordinación debería ser aumentar la tasa de vinculación de este tipo de establecimientos para intentar con ello aumentar la calidad de los servicios que se ofrecen.

Por otro lado, la falta de incentivos para que los centros de tratamiento se vinculen

44 Para el cálculo se aplicó la prevalencia nacional de dependencia a alcohol (2.2%), considerando que el estado exhibe valores similares al promedio nacional de consumo diario (1.5%).

.....

a las actividades de la Secretaría de Salud y de el Departamento de Salud Mental y Adicciones más allá de las capacitaciones que se ofrecen, es un factor que opera como barrera para lograr dicha vinculación. La percepción recurrente entre los directores de los centros de tratamiento es que la SSA “pide mucho y da poco”, lo que puede leerse como un llamado a generar mayores apoyos que redunden en el mejoramiento continuo de estos espacios y en una mejor calidad de la atención que reciben los usuarios, especialmente de aquellos con menores ingresos.

Por ejemplo, se podrían programar visitas de psiquiatras y/o nutriólogos a los centros que cumplan con ciertos requisitos. Ello permitiría tener mejor información sobre las condiciones de salud mental y nutrición de los usuarios de estos espacios y mejorar sus condiciones de vida. La distribución de despensas y el apoyo con mobiliario básico como camas y colchones también serían actividades que redundarían en una mejora en las condiciones de vida de los usuarios de estos servicios que, sin lugar a dudas, motivaría a los centros de tratamiento a apegarse a procesos de mejoramiento continuo de los servicios que ofrece, así como al monitoreo y evaluación de sus estrategias terapéuticas.

Al respecto, es importante subrayar la falta de evaluación de las estrategias terapéuticas implementadas en los diferentes servicios tanto ambulatorios como residenciales, públicos y privados. No tenemos datos que nos permitan conocer el nivel de efectividad de los tratamientos ni la tasa de reincidencia de las personas que recurren a estos servicios. La precariedad e informalidad en los sistemas de registro de personas y el no incluir la CURP en las fichas más sofisticadas de registro que captura el SISVEA, no permi-

te dar seguimiento individual a las personas que transitan por diferentes espacios de tratamiento ni evaluar los dispositivos terapéuticos que funcionan mejor y peor.

Es urgente también aumentar la supervisión y el establecimiento de medidas que permitan el cierre de establecimientos donde se reconoce que se presentan violaciones importantes a los derechos humanos de las personas que acuden a estos servicios. Es fundamental considerar que las personas y sus familias acuden a estos servicios por la insuficiencia de la oferta pública de los mismos, por la falta de información sobre los espacios donde se ofrecen servicios de calidad, y a pesar de la falta de supervisión y regulación de una proporción importante de los centros de tratamiento.

Al respecto, llama también la atención la precaria vinculación institucional en el tema de adicciones aun dentro de la misma Secretaría de Salud. El número de personas ingresadas a tratamiento en centros no gubernamentales que declaran no haberse realizado nunca una prueba de VIH es significativo (99%), incluso a pesar de que la mitad de ellas han ingresado a tratamiento por lo menos una vez. Dado que las personas con uso problemático transitan en varios momentos de su vida por estos espacios de tratamiento y dado que el paso por centros de tratamiento no garantiza la abstinencia, estos espacios tienen el potencial de constituirse en observatorios epidemiológicos de las personas con uso problemático de drogas en el estado, en espacios para educar a las personas que usan sustancias sobre cómo cuidar su salud aun a pesar de seguir usándolas, y en oportunidades para el acercamiento con las instituciones de salud. La Organización Mundial de la Salud ha publicado guías que

recomiendan aumentar la oferta gratuita y voluntaria de pruebas de VIH y Hepatitis C y B en estos espacios, así como la oferta de vacunación universal para Hepatitis B y de tratamientos para diversos padecimientos incluidos VIH, Hepatitis e infecciones de transmisión sexual.⁴⁵

Llama la atención la poca oferta de servicios comunitarios de atención y la hegemonía del modelo médico frente al uso de sustancias en las personas que trabajan tanto en los servicios ambulatorios como en los residenciales, públicos y privados. Conocer otras opciones de tratamiento pensadas desde perspectivas comunitarias permitiría repensar esta hegemonía médica y reconocer la importancia que tienen los vínculos sociales y comunitarios en los procesos de recuperación de las personas que están enfrentando una situación de uso problemático.

Las coaliciones comunitarias promovidas por los CAPA tienen el potencial de desarrollar intervenciones comunitarias frente al uso problemático de drogas desde una perspectiva menos clínica y más desde la intervención sociocultural; sin embargo, la falta de presupuesto específico para estas acciones y la falta de personal, aunado al difícil contexto de seguridad, dificulta que este trabajo comunitario se fortalezca. El robustecimiento de las estrategias comunitarias requiere necesariamente contratar profesionales con habilidades y experiencia en este tipo de trabajo, que se ocupen de manera exclusiva de las particularidades que requiere el trabajo comunitario.

De este modo, aunque los CAPA fueron diseñados para responder a realidades territoriales, el territorio no es un eje particular de su intervención. Al ser fundamentalmente una visión clínica, deja en segundo plano el tejido de relaciones sociales en las que el sujeto desarrolla su cotidianidad. La experiencia de los centros de tratamiento no gubernamentales que realizan intervenciones comunitarias extramuros ha mostrado cómo éstas ayudan a transformar el estigma y la discriminación persistentes en la sociedad mexicana hacia las personas que usan drogas y favorece la integración social de los usuarios de los servicios de tratamiento.⁴⁶ Es importante reforzar la capacitación de personal de CAPA en estos modelos comunitarios de atención, de manera que se puedan generar acercamientos entre dispositivos clínicos de tratamiento y dispositivos comunitarios.

45 World Health Organization. (2012). Technical Guides for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users. Suiza.

46 Fergusson & Góngora (2012). La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina; Milanese, Merlo y Machín (2000). *Redes que previenen*. México.

Retos y brechas de atención para el uso problemático de drogas en SLP. Conclusiones y recomendaciones

En este apartado se presentan algunas recomendaciones para mejorar la atención al uso problemático de drogas en SLP a la luz de los hallazgos encontrados en el estudio. Para ello integramos en este apartado las conclusiones obtenidas en el análisis de la oferta de servicios y en el análisis de los perfiles de las personas que ingresaron a estos servicios desde 1995 hasta 2016.

En primer lugar, se sugiere la necesidad de abrir el debate a otras perspectivas distintas a la médica, desde las cuales comprender el uso de drogas en general y la dependencia y/o uso problemático en particular. Se sugiere aproximarse a enfoques socio-antropológicos que permitan pasar de una postura centrada en la “rehabilitación” del “adicto” a otra enfocada en la participación activa de instituciones, comunidades y ciudadanos para transformar la manera en que las personas se relacionan con las drogas.

Los hallazgos evidenciaron que la preeminencia de la perspectiva médica frente al uso de sustancias conlleva una visión en la que el internamiento se erige como única

opción posible de tratamiento y la abstinencia como única meta del mismo, lo que deviene en la institucionalización compulsiva de sujetos pobres durante una parte importante de sus vidas, sin que se logre atender efectivamente el tema de la dependencia a las sustancias, pero sí se afectan de manera irreversible sus trayectorias educativas y laborales.

La preeminencia de la perspectiva médico-clínica frente al uso de sustancias también conlleva el proponer la abstinencia como meta única de tratamiento, lo cual fortalece un discurso que se centra en las sustancias y no en las personas y sus condiciones de vida. Adicionalmente, la abstinencia como meta principal del tratamiento para uso problemático de drogas no es realista por las condiciones de vida de los sujetos y deviene en una barrera para acceder a servicios de salud. Aunque los profesionales de CAPA están más sensibilizados en el tema de reducción de daños que los prestadores de servicios no gubernamentales, conviene mejorar y ampliar la capacitación de todos

los proveedores de servicios en torno a esta perspectiva de intervención.

En segundo lugar, los datos muestran la necesidad de fortalecer estrategias comunitarias de atención para la prevención y atención del uso problemático de sustancias, que permite transformar las relaciones que establecen las personas con las sustancias a partir de su participación activa dentro de sus comunidades. La reducción de las consecuencias nocivas del uso de drogas sólo es factible si se modifica el tipo de relaciones que componen las redes sociales del individuo.

Las estrategias de atención comunitaria ofrecen una alternativa complementaria a los servicios ambulatorios y residenciales ya existentes, y resultan más accesibles a las personas que no pueden o no quieren dejar de consumir. Este grupo poblacional enfrenta barreras para acceder a los servicios de salud debido al estigma y la discriminación, al temor a ser juzgados, a la criminalización del uso de sustancias, y a sus niveles extremos de marginalidad y exclusión social, entre otros. La evidencia encontrada en este estudio señala que, efectivamente, ellos son criminalizados por el sistema de justicia penal. Además, los dispositivos comunitarios permiten monitorear la presencia de nuevas sustancias en los mercados ilegales y conocer sus efectos en las dinámicas de uso y la salud de las personas usuarias.

Los CAPA, en su formulación, incorporan el componente comunitario-territorial, pero éste se queda corto en su implementación por la falta de profesionales específicamente capacitados y con *expertise* en trabajo comunitario. Profesionales de las ciencias sociales expertos en trabajo comunitario (antropó-

logos, sociólogos y/o trabajadores sociales) pueden ser capacitados en herramientas de salud mental que faciliten su trabajo en campo como promotores de ésta. Dichos profesionales operarían como un primer contacto con las poblaciones, estableciendo puentes entre los servicios ya existentes de salud mental y adicciones y las comunidades y/o territorios donde habitan personas con situaciones de uso y abuso de sustancias.

Incluir profesionales expertos en trabajo comunitario en el equipo de profesionales de la salud mental con amplia experiencia en adicciones, enriquece la visión que estos últimos tienen de las dinámicas de compra-venta-uso de drogas en las localidades en las que operan y las barreras a las que se enfrentan las personas para cambiar sus patrones de uso de sustancias. Así, al contar con información más rica sobre los patrones sociales en que están inmersos los usuarios de servicios, se optimiza la intervención clínica misma. Por su parte, el contacto de profesionales expertos en trabajo comunitario con profesionales expertos en salud mental y adicciones favorece la adquisición de habilidades de escucha y contención emocional para relacionarse de manera más exitosa con poblaciones en condiciones de marginalidad, exclusión y violencia.

Para las mujeres, contar con dispositivos comunitarios les permite no tener que elegir entre su rol madre y/o cuidadora y la posibilidad de acceder a tratamiento. Además, ofrece espacios para la construcción de vínculos sociales que, en el caso particular de ellas, se ve muy erosionado por el estigma asociado al uso de sustancias. La erosión de los vínculos sociales es un factor asociado a la agudi-

zación de dependencia y uso problemático de sustancias.⁴⁷

Para las y los jóvenes que se encuentran iniciando sus trayectorias de consumo, los dispositivos comunitarios de atención pueden ofrecer espacios de escucha, contención y acompañamiento libres de estigma y discriminación, a los que difícilmente tienen acceso en particular los jóvenes de sectores marginales. Estos dispositivos promueven la participación de las y los jóvenes y el fortalecimiento de sus vínculos comunitarios, lo que se ha demostrado disminuye el uso compulsivo de sustancias, previene la deserción escolar y los internamientos en tratamientos tempranos e involuntarios que suelen tener consecuencias muy negativas en las biografías, especialmente de menores.

En tercer lugar, estas estrategias comunitarias deben diseñarse desde el enfoque de reducción de riesgos y daños asociados al uso de sustancias, desde donde se proponga la postergación de las edades de inicio de uso de sustancias como meta de política pública. Postergar las edades de inicio de uso de sustancias aparece como una meta viable en términos de política pública. Ello supone aceptar que las sustancias legales e ilegales están allí, hacen parte del mundo –de la vida– de los sujetos, y que debemos implementar estrategias de intervención que ayuden a las personas, especialmente a los y las jóvenes, a decidir qué hacer frente a la alta disponibilidad de sustancias a las que se enfrentan. Ofrecer información sobre las sustancias, abrir espacios de diálogo con las y los jóvenes en torno a las sustancias desde

una perspectiva que no juzgue ni estigmatice y que, antes bien, favorezca la horizontalidad y la confianza, así como entrenar a las y los jóvenes en habilidades para lidiar con la presión social y el manejo de emociones, son estrategias que han mostrado su eficacia en la postergación de las trayectorias de consumo.

La abstinencia como meta única de tratamiento limita el acceso a otras intervenciones que permitirían postergar la experimentación con nuevas sustancias ilegales, o bien, transitar a patrones de uso menos problemáticos. Es importante tener en mente que –desde una perspectiva de salud pública– el principal problema público a atender no es el uso de sustancias en sí mismo, sino el uso *problemático* de sustancias. Es el uso *problemático*, no el uso en sí mismo, el que genera discapacidad y el que más costos al erario y a la sociedad implica. En consecuencia, debería ser un objetivo central de cualquier política pública de drogas evitar que el uso se *torne* problemático. Eso implica diseñar intervenciones para las poblaciones que ya usan sustancias, pero que aún no han desarrollado un uso problemático, a fin de evitar que su uso se torne problemático.

Al momento sólo se cuenta con programas de prevención del uso de sustancias y programas de tratamiento al uso problemático, de modo que perdemos la oportunidad de intervenir en las personas que empezaron a usar sustancias, pero que aún no han desarrollado dependencia y/o uso problemático, lo que es la mayoría del universo de usuarios. Esperar a que se haya desarrollado un uso problemático o dependencia para brindar atención incrementa los costos y desperdicia la posibilidad de intervenir a tiempo para evitar una pérdida en términos de años

47 Martínez-Redondo, P. (2009). Extrañándonos de lo “normal”. Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes. Madrid.

de vida libres de discapacidad. Esto es, la omisión de intervenir en el momento más importante en la historia de vida de los usuarios –cuando transitan del uso al uso problemático– tiene un impacto inconmensurable en las biografías de las personas. Frente a ello, es fundamental diseñar estrategias, acciones y mensajes de reducción de daños dirigidas a jóvenes que involucren mensajes específicos según el tipo de sustancia y según la condición de género, y que se enfoquen en posponer el inicio del uso de nuevas sustancias y contener el policonsumo.

Diseñar dispositivos comunitarios de atención desde la perspectiva de reducción de daños permite brindar opciones para que las personas que presentan dependencia puedan establecer metas más realistas con base en su proceso y adoptar prácticas de autocuidado de la salud. Asimismo, permite dar seguimiento y monitoreo a jóvenes que están iniciando sus trayectorias de consumo que, como vimos, escalan rápidamente en intensidad y diversidad de sustancias. Esta perspectiva del trabajo comunitario promueve, además, una cultura de la información en torno a las sustancias, lo cual posibilita generar procesos en torno a los consumos propios que pueden prevenir el desarrollo de patrones de dependencia.

En particular, resulta relevante diseñar campañas específicas para desincentivar el consumo de alcohol en jóvenes, promover mensajes de reducción de riesgos y daños asociados a su uso y aumentar la regulación frente a la venta y distribución de alcohol entre menores y alrededor de sus espacios de sociabilidad como escuelas, universidad, parques. Esto debido a que, aunque los medios de comunicación y algunos sectores oficiales han promovido una narrativa que

posiciona el uso de metanfetaminas como un gran problema de salud pública, los datos muestran que el principal reto en adicciones sigue siendo el uso del alcohol.

El alcohol es la principal droga de inicio y de tratamiento independientemente del sexo y, aunque las generaciones jóvenes presentan trayectorias más diversificadas en términos de sustancias, el alcohol es la sustancia más problemática independientemente de la cohorte de nacimiento.

Del mismo modo, resulta fundamental diseñar e implementar estrategias de reducción de riesgos y daños asociados al uso de sustancias psicoactivas en contextos escolares, dado que se encontró que las edades críticas de iniciación en el uso de sustancias legales e ilegales es entre los 12 y los 17 años. Esto sugiere, en particular, diseñar estrategias situadas desde el nivel secundario partiendo de las características de la escuela, las representaciones que tiene la comunidad educativa frente a las sustancias, y las personas que las usan y la situación de consumo en cada escuela.

El internamiento debe considerarse como una condición excepcional del tratamiento en adicciones, pues implica ruptura en las redes sociales y comunitarias de la persona, incluso por el estigma que acarrea. En ese sentido, debe considerarse sólo cuando se han probado otras opciones posibles. En ningún caso el internamiento debe ser una opción para adolescentes y/o para personas que están iniciando sus trayectorias de consumo.

En cuarto lugar, reconociendo la dificultad para cubrir el universo de necesidad de atención, particularmente en el caso de mujeres, población LBTTTQI, adolescentes y personas en contextos de alta marginación social, se sugiere:

1. Mejorar los niveles de sensibilización y capacitación de los proveedores de servicios de atención, tanto públicos como privados, en torno a las necesidades diferenciadas de atención de estas poblaciones específicas (mujeres, población LGBTTTQI y adolescentes).
2. Comprender las dinámicas diferenciales de uso de sustancias entre hombres y mujeres, entre población LGBTTTQI, y entre adolescentes. Los motivadores de consumo entre cada una de estas poblaciones y los aspectos relacionados a las experiencias de trauma son elementos clave para diseñar estrategias focalizadas de atención.
3. Diseñar estrategias de tratamiento diferenciadas según la trayectoria de consumo y el tipo de sustancias que usan, sensibilizar a los CTNG sobre la importancia de tener estrategias diferenciadas, y capacitarlos y acompañarlos en su implementación.
4. Generar programas de incentivos para motivar procesos de regularización de los CTNG y su vinculación con la Secretaría de Salud y el Departamento de Salud Mental y Adicciones. Esta vinculación favorecería la supervisión y regulación de los centros de tratamiento no gubernamentales, así como el mejoramiento de la calidad de los servicios que ofrecen a la luz de los requerimientos estipulados en la NOM-028.
5. Facilitar el acceso a servicios básicos de salud a través de jornadas de promoción de la salud, en general, en los centros de tratamiento constituiría una muy buena oportunidad para mejorar las condiciones de salud de

las personas que acuden a estos espacios. Estas jornadas de salud podrían fortalecer la relación entre estos establecimientos y la Secretaría de Salud y acercarlos a sus servicios. Estas jornadas también podrían ayudar a sensibilizar a los profesionales de la salud sobre las condiciones en las cuales las personas se someten a tratamiento para adicciones. Ofrecer pruebas universales, gratuitas, voluntarias y con consejería de VIH, Hepatitis, ITS resulta fundamental para monitorear estos padecimientos en esta población y brindar tratamiento oportuno.

6. Abrir oportunidades de educación continua para los profesionales que trabajan en CTNG, a través de convenios con universidades y la Secretaría de Salud. Ello podría ayudar a subsanar de alguna manera la falta de profesionales expertos en salud mental y adicciones, al tiempo que podría contribuir a mejorar las condiciones laborales de estas personas. Las visitas a centros de rehabilitación evidenciaron que estos profesionales están deseosos de especializarse en temas de uso de sustancias, pero no encuentran posibilidades para vincularse laboralmente en este campo y ven restringidas sus posibilidades de capacitación.

Los hallazgos evidenciaron que el costo de los servicios residenciales de tratamiento para uso problemático de drogas y el requisito de contar con un tutor para poder ingresar son características que favorecen la reproducción de las desigualdades sociales. Es probable que personas con mejores situaciones socioeconómicas recurran a centros

de tratamiento de mejor calidad, mientras que aquellas con menores recursos terminen en centros de tratamiento no supervisados y de baja calidad. Pareciera que, por la manera en que está organizada la oferta de servicios en SLP, las personas que no cuentan con una red de apoyo familiar sólo pueden recurrir a los grupos de apoyo que ofrecen los AA. Ante esta realidad, fortalecer los servicios que presentan los CTNG y acercar estos espacios a la Secretaría de Salud es altamente recomendable para reducir las brechas encontradas.

Finalmente, quisiéramos plantear algunas reflexiones en relación con los datos existentes para el monitoreo del uso de sustancias. En primer lugar, es importante reconocer que los datos son escasos y por ello es muy valioso el esfuerzo que realiza el SISVEA al recopilar información de diversas fuentes sobre uso de sustancias. Sin embargo, es relevante considerar los siguientes aspectos que siguen presentando retos para el monitoreo y evaluación de servicios, estrategias, programas y políticas de atención al uso de sustancias:

- Es necesario estandarizar las fichas de registro de modo que los datos puedan ser comparables entre las diferentes fuentes de información que componen el Sistema.
- Es importante también incluir en la ficha de registro del sistema, la CURP de las personas para poder dar cuenta del número de veces que una misma persona entra a tratamiento y poder analizar de manera más directa las trayectorias de consumo.
- Es fundamental apoyar a los centros de tratamiento no gubernamental

para que lleven a cabo procesos adecuados de registro de personas que ingresan a tratamiento. Las visitas en campo permitieron identificar bitácoras de ingreso muy precarias que facilitan, entre otras cosas, la desaparición de personas en estos espacios y la falta de seguimiento adecuado.

- Es clave poder incluir en la ficha del SISVEA la edad a la que la persona entra por primera vez a tratamiento. Ello permitiría conocer el tiempo que transcurre entre el primer uso de sustancias y el momento de la entrada a servicios, y analizar si existen diferencias por tipo de sustancia, sexo y/o generación.
- A la fecha hay pocas experiencias de evaluación de intervenciones en adicciones, ninguna en SLP. Urge tener claridad sobre las estrategias terapéuticas que funcionan y las que no, cuáles son sus niveles de eficacia y establecer indicadores claros de evaluación, más allá de la abstinencia. Estos elementos permitirán configurar estrategias de tratamiento basadas en evidencia.
- Es necesario construir indicadores de evaluación de los sistemas de cuidado y atención al uso problemático de drogas desde una perspectiva más comprehensiva que no sólo hable de personas alcanzadas por las intervenciones sino también de cambios específicos en comportamientos, habilidades y normas sociales.
- Es importante cambiar la perspectiva desde la cual solemos analizar el uso de sustancias, moviéndonos de un enfoque transversal a uno procesual, que nos permita estudiar longitudinal-

mente cómo se van conformando los patrones de dependencia a las sustancias y los factores asociados a ello.

La guerra contra las drogas no sólo nos ha impactado en términos de violencia y homicidios, sino que ha posicionado un discurso criminalizante y patologizante frente a las sustancias ilegalizadas y las personas que las usan. Este discurso nos ha llevado a considerar que lo único que podemos hacer con las personas que usan sustancias ilegales es encerrarlas y aislarlas y, peor aún, nos ha llevado a deshumanizar a las personas con uso problemático de sustancias y a culparlas de su situación sin ofrecerles los apoyos necesarios para transitar a otros patrones de uso. No obstante, en este documento hemos mostrado que esta estrategia no funciona, pues las personas están iniciando sus consumos a edades cada vez más jóvenes y están escalando más rápidamente al uso de otras sustancias con mayor impacto a la salud.

Reconocer los fallos en la estrategia y abrirse a nuevas perspectivas frente al uso de sustancias resulta fundamental para resarcir los daños que la estrategia de “guerra contra las drogas” ha generado en las personas que usan sustancias ilegalizadas, para prevenir que nuestros jóvenes y niños terminen vinculados no sólo a su uso sino a las estructuras criminales que los instrumentalizan, y para prevenir los riesgos y daños asociados al uso de estas sustancias.

Es un gran momento para repensar el uso de drogas ilegales en general y el uso problemático en particular, no como un asunto individual, sino como un síntoma del estado de nuestros vínculos sociales y comunitarios. En consecuencia, debemos abocarnos a diseñar políticas, programas y proyectos que buscan fortalecer esos vínculos, diversificar los espacios de agencia e incidencia de las y los jóvenes frente a las problemáticas que les afectan, y desde allí reflexionar sobre otras maneras posibles de relacionarnos con las sustancias que resulten menos nocivas.

Referencias

- Abbott, A. (2001). *Time Matters: On Theory and Method*. Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Astorga, L. (2016). *El siglo de las drogas. Del porfiriato al nuevo milenio*. Ciudad de México: Debolsillo.
- Bauman, Z. (2001). *La sociedad individualizada*. Madrid: Ediciones Cátedra.
- Comisión de Derechos Humanos de San Luis Potosí (CDHSLP, s/f). Informe Especial: Sobre Centros de Tratamiento de Adicciones en Modalidad Residencial.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud (2015). Manual de Procedimientos de las Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones, UNEME-CAPA. México.
- Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), Secretaría de Salud (2008). Modelo de atención UNEME-CAPA. Centros de Atención Primaria en Adicciones “Centros Nueva Vida”. México.
- Consejo Nacional de Población (CONAPO, 2020). Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050. Disponible en: <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050> consultado el 10 de febrero de 2020.
- Elder, G. H. (1985). Perspectives on the Life Course. En Glen H. Elder Jr. (Ed.), *Life Course Dynamics, Trajectories and Transitions*, 23-49. Ithaca NY: Cornell University Press.
- Fals Borda, O. (1986). *Conocimiento y poder popular: Lecciones con campesinos de Nicaragua, México y Colombia*. Bogotá: Siglo XXI Editores.
- Fergusson, S., & Góngora, A. (2012). La relación entre personas y drogas y los dispositivos de inclusión social basados en la comunidad: críticas y perspectivas desde América Latina. Ponencia realizada para la Segunda Conferencia Anual del Programa de Cooperación entre América Latina y la Unión Europea en Políticas Sobre Drogas –COPOLAD–.

- Junio 7 de 2012. Bruselas. Disponible en: https://neip.info/novo/wp-content/uploads/2016/09/Fergusson_Gongora_Personas_Drogas_Dispositivos_CO-PALAD_2012.pdf consultado el 30 de Marzo de 2020.
- García, A., & Anderson, B. (2016). Violence, Addiction, Recovery: An Anthropological Study of Mexico's Anexos. *Transcultural Psychiatry* 53 (4):445-464. Doi:10.1177/1363461516662539
- Gibson, W. & Brown, A. (2009). *Working with Qualitative Data*. Londres: SAGE Publications.
- Goffman, I. (1972). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Herrera, M., Wagner, F., Velasco, E., Borges, G., & Lazcano, E. (2004). Inicio en el consumo de alcohol y tabaco y transición a otras drogas en estudiantes de Morelos, México. *Salud Pública de México* 46, 132-140.
- Hser, Y.-I., Longshore, D., & Anglin, M. D. (2007). The Life Course Perspective on Drug Use. A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories. *Evaluation Review*, 31(6):515-547.
- López, W., Krueger, P., & Walters, S. (2010). High-Risk Drug Use and Sexual Behaviors Among Out-of-Treatment Drug Users: An Aging and Life Course Perspective. *Addictive Behaviors*, 35(5):432-437.
- Martínez Redondo, P. (2009). Extrañándonos de lo "normal". Reflexiones feministas para la intervención con mujeres drogodependientes. Madrid: Instituto de la Mujer (Ministerio de Igualdad). España.
- Menéndez, E. (1992). Modelo médico hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención. Caracteres estructurales. En: Roberto Campos Navarro (Comp.), *La antropología médica en México*. México: Instituto Mora, Universidad Autónoma Metropolitana.
- Milanese, E., Merlo, R., & Machín, J. (2000). Redes que previenen. México: Instituto Mexicano de la Juventud, Centro de Formación Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas.
- Ospina-Escobar, A. (2016a). Probando la hipótesis de la puerta de entrada para el calendario de inicio del uso de drogas en México. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 2:3-16.
- Ospina-Escobar, A. (2016b). *Itinerarios de adversidad. Biografías de uso de drogas, estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH en varones inyectores. Tijuana, Hermosillo y Ciudad Juárez*. Tesis para acceder al título de doctora en estudios de población. México: Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales. El Colegio de México.
- Ospina-Escobar, A., & Juárez, F. (2019). Gender Matters? How Does Gender Shape Risk Environment for Syringe Sharing among People Who Inject Drugs in Northern Mexico. Results from a Cross-Sectional Survey. *Revista Salud Mental*, 42(4):165-172.
- Ospina-Escobar, A. (2020). El sistema de atención y cuidado al uso problemático de drogas en México: aislamiento, estigmatización y desamparo. En: Roberto Rocha Coelho & María Paula Gomes Do Santos (Coords.) *Atenção a usuários problemáticos de drogas na América Latina: Avanços e desafios de implementação*. Brasília: IPEA/CEPAL.
- Rafful, C., Medina-Mora, M.E., González-Zúñiga, P., Jenkins, J., Rangel, G.,

- Strathdee, S., & Davidson, P. (2019). "Somebody is Gonna be Hurt": Involuntary Drug Treatment in Mexico, *Medical Anthropology*, DOI:10.1080/01459740.2019.1609470
- Román, O. (2008). Políticas de drogas: Prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*, 4(3):301-318.
- Romero, M., Gómez Castro, C., Ramiro, M., Díaz, A. (1997). Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta. *Revista Salud Mental*, 20(2): 38-48.
- Rousseeuw, Peter. (1987). Silhouettes: A Graphical Aid to the Interpretation and Validation of Cluster Analysis. *Journal of Computational and Applied Mathematics*, Vol. 20, 53-65.
- Secretaría de Salud del Estado de México (ISEM). (2006). Manual de organización tipo de jurisdicción sanitaria. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/isem/documentos/acercade/marco_juridico/manual/MOTIPOJURISDICCION.pdf. Consultado el 30 de junio de 2020.
- Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología (SSA). (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones. Disponible en: http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/manuales/02_Manual_Adicciones.pdf Consultado el 20 de marzo de 2020.
- Valenzuela, E., & Fernández, M. (2011). The Sequence of Drug Use: Testing the Gateway Hypothesis in Latin America. *The Journal of International Drug, Alcohol and Tobacco Research*, 1(1):1-8.
- Villatoro-Velázquez, J. A., Resendiz-Escobar, E., Mujica-Salazar, A., Bretón-Cirett, M., Cañas-Martínez, V., Soto-Hernández, I., Fregoso-Ito, D., Fleiz-Bautista, C., Medina-Mora, M.E., Gutiérrez-Reyes, J., Franco-Núñez, A., Romero-Martínez, M., & Mendoza-Alvarado, L. (2017). Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. Reporte de Drogas. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Comisión Nacional Contra las Adicciones; Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.
- WHO, UNODC, UNAIDS. (2012). Technical Guides for Countries to Set Targets for Universal Access to HIV Prevention, Treatment and Care for Injecting Drug Users. Suiza.

Anexos

Anexo 1. Notas metodológicas

Éste es un estudio mixto que combina estrategias cualitativas y cuantitativas para poder dar cuenta de manera integral y comprehensiva de la oferta de servicios de atención al uso problemático de drogas y de las características de las personas que solicitan dichos servicios. El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la Secretaría de Salud de San Luis Potosí (ver Anexo 2). A continuación se describe, primero, cómo se obtuvieron y analizaron los datos sobre oferta de servicios de tratamiento. En un segundo momento, se describe cómo se obtuvieron y analizaron los datos sobre las características de las personas que usaron dichos servicios entre 1994 y 2016.

Análisis de la oferta de servicios de tratamiento

Universo del estudio

El universo de estudio se estableció a partir de un listado de 56 centros de tratamiento registrados por la Comisión Estatal para la Protección contra los Riesgos Sanitarios (COEPRIS).⁴⁸ Mensualmente, el Departamento de Salud Mental y Adicciones de la Subdirección de Prevención y Promoción de la Salud, adscrita a la Dirección de Salud Pública de la Secretaría de Salud, convoca a estos centros de tratamiento para ofrecerles capacitación en diversos temas.

⁴⁸ La COEPRIS es un órgano descentralizado de la Secretaría Estatal de Salud que se encarga de la regulación, control y fomento sanitario de establecimientos de salud, categoría dentro de la cual se ubican los centros de tratamiento residenciales para el uso problemático de drogas. La COEPRIS emite diferentes tipos de autorizaciones sanitarias que permiten la apertura de establecimientos. Por ello, la apertura de un centro residencial para el uso problemático de drogas requiere de un aviso de funcionamiento que es otorgado por esta institución.

En el marco de espacio de capacitación, se dieron a conocer los objetivos del estudio a representantes de los centros de tratamiento que acudieron a una reunión programada en diciembre de 2019 y se les invitó a participar. Todos los datos levantados en centros de tratamiento se obtuvieron entre el 9 y el 20 de diciembre de 2019.

Durante la presentación se dio a conocer el objetivo del estudio y los procedimientos, y se entregaron copias del consentimiento informado. Asimismo, se invitó a los asistentes a participar respondiendo el llenado de una ficha de caracterización de los centros residenciales de tratamiento.

Fuentes de datos

En primer lugar, se aplicó una ficha de caracterización de los centros residenciales de tratamiento para el uso problemático de sustancias. Esta ficha indagaba sobre aspectos como infraestructura, adhesión a la normatividad, servicios que se ofrecen, costos de tratamiento y costos de operación. La ficha se aplicó a través de una encuestadora capacitada y utilizando una tableta que facilitaba el llenado de información. Para garantizar el anonimato, no se registraron datos personales de los entrevistados ni de los centros de tratamiento (nombres, números de identificación oficial, teléfonos, correos electrónicos o direcciones postales) que permitieran ligar los datos proporcionados con personas o establecimientos específicos. El Anexo 3 presenta las categorías y variables que se recolectaron en este instrumento.

Todos los centros de tratamiento asistentes a la reunión (22 en total) accedieron a responder la ficha de caracterización. Una

vez terminado el llenado de la ficha, fueron invitados a participar en una entrevista estructurada donde se buscaba profundizar en algunos aspectos del tratamiento y en la percepción de los encargados de los centros y sus consejeros sobre las brechas de tratamiento existentes en el estado, las buenas prácticas que resaltan de la atención que ofrecen y los retos que enfrentan. Las entrevistas fueron realizadas por profesionales con experiencia en investigación cualitativa y en las oficinas de los entrevistados. Todas las entrevistas fueron audiograbadas tras la lectura del consentimiento informado. En total se realizaron 15 entrevistas a personal de los centros de tratamiento. El Anexo 4 presenta las categorías y variables exploradas a través de este instrumento. Adicionalmente, se entrevistó a los funcionarios públicos que coordinan la oferta estatal de servicios de tratamiento para adicciones y a funcionarios que operan los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA). Se visitó el centro público de tratamiento residencial y en la visita se aplicó la ficha de caracterización y se realizaron las entrevistas a usuarios y a personal administrativo y de consejería.

Se realizaron adicionalmente entrevistas a usuarios en cada uno de los centros de tratamiento visitados. Estas entrevistas buscaban explorar los puntos de vista de los usuarios con respecto a los servicios de tratamiento que han recibido y las brechas de atención que perciben en el estado. El Anexo 5 presenta las categorías y variables que se recolectaron en este instrumento.

La Tabla 1 resume el total de centros de tratamiento que respondieron a cada uno de los instrumentos descritos en relación con el universo de centros de tratamiento registrados.

Tabla 1. Universo de centros de tratamiento considerados, total de instrumentos aplicados en los centros de tratamiento, total de usuarios entrevistados. San Luis Potosí, México

No. de Centros listados por la COEPRIS	No. de Centros participantes en la reunión convocada por la SSA	No. de Centros que respondieron la ficha de caracterización	No. de consejeros y/o directores de Centros de tratamiento entrevistados	No. de usuarios entrevistados
56	22	23	16	16

Fuente: Elaboración propia.

Estrategia analítica

Los datos levantados en la ficha de caracterización de los centros de tratamiento fueron sistematizados en una base de datos en Stata y se presentaron descriptivos para cada una de las variables reportadas en el Anexo 3.

Los datos levantados en las entrevistas semiestructuradas fueron sistematizados en matrices analíticas de acuerdo con las categorías y subcategorías reportados en los Anexos 4 y 5, siguiendo un proceso de transcripción focalizada.⁴⁹

Análisis de los perfiles de las personas que acudieron a servicios de tratamiento no gubernamentales y sus trayectorias de consumo de sustancias desde una perspectiva de curso de vida

La segunda parte del análisis es de carácter cuantitativo y busca identificar y describir las trayectorias de uso de drogas de las

personas que acudieron a tratamiento a los centros no gubernamentales que reportan datos al Sistema Estatal de Vigilancia Epidemiológico de las Adicciones (SISVEA) entre 1994 y 2016.⁵⁰ Con este análisis longitudinal se busca analizar el fenómeno de uso de sustancias desde una perspectiva procesual, identificando fases o momentos en las trayectorias de uso de drogas para profundizar en las explicaciones de cada una de esas fases y hacer inferencias causales en torno a la manera en que suceden los eventos.

Por *trayectoria de uso de drogas* vamos a entender la secuencia de eventos que conforman la historia de uso de sustancias en una persona. De este modo, las trayectorias se refieren a patrones formados a lo largo del tiempo a partir de secuencias de transiciones⁵¹ que se suceden en el tiempo con características especiales de *secuencia, duración y espaciamiento*.⁵²

49 Gibson, W. & Brown, A. (2009). *Working with Qualitative Data*. Londres: SAGE Publications.

50 Estos fueron los datos que facilitó la SSA para analizar.
51 Hser, Y.-I., Longshore, D., & Anglin, M. D. (2007). The Life Course Perspective on Drug Use. A Conceptual Framework for Understanding Drug Use Trajectories. *Evaluation Review*, 31(6):515-547.
52 Elder, G. H. (1985). Perspectives on the Life Course. Glen H. Elder Jr. (Ed.), *Life Course Dynamics, Trajectories and Transitions*, 23-49. Ithaca NY: Cornell University Press.

El análisis longitudinal que aquí se desarrolla para estudiar el uso de sustancias permit, en primer lugar, dar cuenta de la diversidad de situaciones que acontecen en el proceso en diferentes subpoblaciones (por ejemplo, por cohorte, sexo y droga de inicio). En segundo lugar, la perspectiva de curso de vida, aplicada al estudio del uso problemático de drogas, permite poner en relación las maneras en que los sujetos viven los eventos que constituyen sus trayectorias de uso de drogas en relación con otros factores estructurales que también suceden en el tiempo, tales como cambios en las dinámicas de los mercados de drogas ilegales o en la oferta de sustancias, cambios en las políticas de drogas y/o cambios en la oferta de tratamiento, vinculando de esta manera el tiempo biográfico con el tiempo institucional y el tiempo histórico.⁵³

Ello permite salirse del marco psicobiológico que explica la “adicción” para acercarse desde una mirada más comprensiva a los diferentes elementos de carácter estructural que inciden en que el uso de drogas se torne problemático para determinados sujetos.

Fuente de datos

El Departamento de Salud Mental y Adicciones de la Secretaría de Salud de SLP compartió con el equipo de investigación las bases de datos que conforman el SISVEA y que contiene casos desde 1994 y hasta 2016. La información del SISVEA integra anualmente datos de los centros de tratamiento no gubernamentales (CTNG), Centros de Integración Juvenil, Consejos Tutelares de Menores, los Servicios Médi-

cos Forenses (SEMEFO) y los servicios de urgencias de los hospitales públicos participantes en el sistema. Sin embargo, sólo la base de los centros de tratamiento proporciona las edades a las cuales los sujetos viven los distintos eventos que conforman las trayectorias de uso de drogas, que es un dato fundamental para realizar el análisis longitudinal que aquí se desarrolla, razón por la que sólo usamos la base de CTNG. En el documento nos referiremos a esta base de datos como SISVEA-SLP (2020).

Se buscó dar aprovechamiento a la información derivada de los módulos de historias de drogas (Módulo III. Patrón de consumo) contenida en la base SISVEA-SLP (2020). Esta información nos permite reconstruir la edad en la que cada individuo probó por primera vez diferentes sustancias y comparar las trayectorias de uso de drogas por sexo, cohorte y droga de inicio.

Las edades de inicio a cada sustancia resultan un insumo fundamental para conocer los encadenamientos existentes, las distintas sustancias y su distribución en la población. Una vez construidas las trayectorias de entrada al uso de diferentes sustancias, se buscó identificar patrones y la estructura de determinantes asociados a ellos.

Selección de población de interés y construcción de variables

Con la base SISVEA-SLP (2020) que contiene 21,571 casos,⁵⁴ en un primer momento fue necesario otorgar folios para identificar a cada individuo y ubicar a qué edad consu-

53 *Idem.*

54 El anexo 5 muestra el número de casos utilizado en cada momento del análisis.

mieron por primera vez qué droga, cuáles fueron las primeras y cuáles le siguieron, y poder establecer la distancia en años entre unas y otras hasta llegar al tratamiento.

En la base original SISVEA-SLP (2020), las preguntas sobre uso de sustancias usadas están codificadas con base en el catálogo de sustancias que contiene el Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SSA, 2012). Se trata de una clasificación muy desagregada, lo que hizo necesario una agregación de las mismas según el tipo de sustancias. La clasificación resultante incluye: alcohol, tabaco, marihuana, inhalables, cocaína y derivados (pasta base, crack), pastillas psicotrópicas, metanfetaminas, opioides (sintéticos y naturales), alucinógenos (sintéticos y naturales).

Dado que las personas ingresan a tratamiento a diferentes edades, para poder analizar en profundidad las trayectorias de uso de sustancias, fue necesario otorgarles a los sujetos un mismo tiempo de exposición para evitar caer en conclusiones espurias que no reflejasen las dinámicas asociadas a la construcción de las trayectorias, sino factores asociados a la edad de entrada a tratamiento.

Un análisis longitudinal, de trayectorias, requiere controlar estos aspectos de truncamiento y seleccionar un universo de análisis que, aunque presenten diferentes edades al tratamiento, permita reconstruir en un mismo momento de vida sus trayectorias de uso de sustancias. Homologar el periodo de observación de los sujetos permite hacer comparaciones entre cohortes de nacimiento, elemento fundamental para comprender los cambios en el tiempo en las dinámicas de uso que pudieran estar asociados a condiciones diferenciales de oferta de sustancias.⁵⁵

Tabla 2. Recodificación de variables relativas a sustancias psicoactivas reportadas en SISVEA-SLP (2020)

Agrupación de sustancias para análisis descriptivo	Agrupación de sustancias para análisis de secuencias	Código
Alcohol	Sustancias legales	L
Tabaco		
Marihuana	Marihuana	M

55 Ospina-Escobar, A. (2016b). *Itinerarios de Adversidad. Biografías de uso de drogas, estilos de vida y ambientes de riesgo al VIH en varones inyectores*. Tijuana, Hermosillo y Ciudad Juárez.

Continuación de Tabla

Agrupación de sustancias para análisis descriptivo	Agrupación de sustancias para análisis de secuencias	Código
Inhalables		
Cocaína y derivados		
Psicotrópicos	Otras sustancias ilegales	0
Cristal		
Opioides		
Alucinógenos		

Fuente: Elaboración propia.

De esta forma, el universo de estudio del análisis de secuencias está dado por todas aquellas personas que llegaron al tratamiento con al menos 25 años y que pudieron reportar en el módulo de preguntas referidas al patrón de consumo de sustancias su historia desde los 5 y hasta los 25 años. Diversos estudios en México han encontrado que la iniciación en el uso de sustancias legales e ilegales sucede principalmente en la adolescencia, y que a los 25 años ya se ha conformado una trayectoria de uso de drogas ilegales.⁵⁶ Por ello, en un primer momento se eliminaron todos los sujetos que entraron a tratamiento antes de los 25 años (N=8,966). De ellos, se analizaron los primeros 25 años de vida, por lo que los casos en los que se reportó el inicio de alguna droga después de los 26 años fue eliminado, quedando con una base de 7,903 casos.

De esta forma, estos 7,903 casos tuvieron igual tiempo de exposición para iniciar el uso de sustancias y para ingresar a tratamiento. A esta sub-base de datos la llamaremos en el documento Trayectorias-SLP (2020).

56 Ospina-Escobar, (2016), Probando la hipótesis de la puerta de entrada para el calendario de inicio del uso de drogas en México. *Revista Internacional de Investigación en Adicciones*, 2: 3-16.

Tabla 3. Recodificación de variables relativas a sustancias psicoactivas reportadas en SISVEA-SLP (2020)

Estados	Código
No consume	NC
Sustancias legales	L
Marihuana	M
Otra sustancia ilegal	O
Sustancia legal y marihuana	LM
Sustancia legal y otra sustancia ilegal	LO
Marihuana y otra sustancia ilegal	MO
Sustancia legal, marihuana y otra sustancia ilegal	LMO

Fuente: Elaboración propia.

Creación de base de datos longitudinal: Estados en el tiempo

El análisis de secuencias que conforman las trayectorias de uso de drogas se realizó utilizando la sub-base de datos de sujetos mayores de 25 años y con eventos vividos entre los 5 y los 25 años (Trayectorias-SLP, 2020).

Construir analíticamente una trayectoria individual supone comprender un fenómeno de interés como proceso. Es decir, identificar las situaciones particulares o *estados* a través del cual se va configurando en el tiempo la trayectoria de uso de drogas. Por lo tanto, supone, en primer lugar, descomponer el proceso en *estados* significativos que queremos comprender y, en segundo lugar, ordenar estos estados cronológicamente de acuerdo con la temporalidad en la que acontecen en las biografías individuales. Estos dos elementos (identificación de los estados y su calendarización) es lo que nos permite

mostrar cómo evoluciona el fenómeno de uso de drogas, describir sus fases de estabilidad y cambio a su interior, así como las transiciones relevantes.

La base SISVEA-SLP (2020) nos proporciona la edad de inicio a cada sustancia (preguntando desde la primera hasta la última), y si al momento del registro (cuando entra a tratamiento) la persona la sigue consumiendo y con qué frecuencia. Sin embargo, no nos brinda información para saber en cada año-persona cuáles sustancias está consumiendo. Por ello, nuestra definición de *estados* corresponde al proceso de iniciación a distintas sustancias a lo largo de los primeros 25 años de la trayectoria.

El análisis de secuencias nos permite identificar desde una lógica acumulativa cuáles son los tipos de sustancias de inicio, cómo se van integrando nuevos tipos de sustancias a partir de aquellas, considerando combinaciones y entrelazamientos, duraciones (años-persona) desde que se

la vez (LMO). Asimismo, puede alcanzar, en una edad específica, uno de estos estados múltiples (LM, LO, MO, LMO) al ir avanzando en su trayectoria.

Con base en estas transformaciones, la base de individuos (Trayectorias-SLP, 2020) se transformó en una base de años-persona con una estructura como la que se muestra en la Tabla 4, donde, a modo de ejemplo, se expone cómo quedan expresadas las secuencias de uso de sustancias con el universo de los ocho estados posibles en tres casos hipotéticos. Las filas representan líneas de vida desagregadas por edad y las columnas, los estados. En el Anexo 7 se presenta una descripción de cómo se leen las tres trayectorias hipotéticas que resume la Tabla 4.

En un primer momento se presenta un análisis descriptivo con el cual se busca caracterizar los perfiles de las personas que buscaron tratamiento para uso problemático de drogas en centros de tratamiento no gubernamentales entre 1994 y 2016. Utilizando pruebas de chi cuadrada (χ^2) realizamos análisis bivariados comparando a los sujetos según sexo y cohorte de nacimiento con respecto a drogas de inicio e impacto, edad de ingreso al tratamiento y la voluntariedad de éste.

En un segundo momento, utilizando la base de años-persona, se describen las tra-

[illegible]

96

yectorias de uso de sustancias a partir del universo de ocho estados construidos utilizando histogramas y tiempos promedio en cada estado. Igualmente, se estimaron matrices de transiciones entre estados que proporcionan tasas de transiciones entre estados a partir de las secuencias. Las tasas de transiciones son probabilidades condicionales de transición de un estado específico a otro observado en una unidad de tiempo, en este caso, un año-persona.

La comparación de secuencias es el aspecto medular de esta estrategia analítica porque muestra la forma en que las secuencias son generadas y sus características estructurales. El análisis de alineación óptima (OMA, por sus siglas en inglés: Optimal Matching Analysis) permite encontrar patrones en las secuencias con base en una medida de la proximidad o semejanza entre ellas.⁵⁷ Las secuencias de eventos se alinean por pares y se transforma una secuencia en la otra a partir de inserciones, borrados y sustituciones de estados, modificaciones que tienen “costos”. El resultado del OMA son las transformaciones entre pares de secuencias con “costo” mínimo. Las medidas de semejanza entre las trayectorias conforman la matriz de distancias interindividuales. Esa matriz de distancias interindividuales se utiliza como insumo para el análisis de agrupamiento (clúster).

El análisis de clúster permite comparar las secuencias para identificar grupos de trayectorias relativamente similares entre sí y diferentes al resto, que serán para nuestros fines de investigación los patrones de trayec-

torias, utilizando como criterio un algoritmo jerárquico con método Ward y la técnica Silhouette.⁵⁸

Finalmente se ajustó un modelo de regresión logística para confirmar los resultados de los análisis bivariados previos. Este análisis permite analizar la probabilidad de pertenecer a una tipología de trayectoria según la condición de sexo y cohorte de nacimiento, controlando por edad de inicio, droga de inicio y droga de impacto.

Hipótesis

Dos hipótesis guían el análisis de secuencias y trayectorias de uso de sustancias que aquí se desarrolla: Hombres y mujeres, al mostrar dinámicas diferenciadas de uso de sustancias,⁵⁹ exhibirán diferentes calendarios, intensidades, secuencias y duraciones de los eventos que conforman las trayectorias de uso de sustancias.

Los estudios sobre las dinámicas de los mercados de drogas ilegales permiten identificar el año de 1980 como el momento en el que se aumentó la disponibilidad y la diversidad de sustancias ilegalizadas,⁶⁰ por lo que se espera que el calendario y la intensidad,

57 Abbott, A. (2001). *Time Matters: On Theory and Method*. Chicago, IL: University of Chicago Press.

58 Rousseeuw, Peter. (1987). Silhouettes: A Graphical Aid to the Interpretation and Validation of Cluster Analysis. *Journal of Computational and Applied Mathematics*, Vol. 20, 53-65.

59 Romero, M., Gómez Castro, C., Ramiro, M., Díaz, A. (1997). Necesidades de atención a la salud mental de la mujer adicta. *Revista Salud Mental*, 20(2): 38-48; Ospina-Escobar, A., & Juárez, F. (2019). Gender Matters? How Does Gender Shape Risk Environment for Syringe Sharing among People who Inject Drugs in Northern Mexico. Results from a Cross-Sectional Survey. *Revista Salud Mental*, 42 (4):165-172.

60 Astorga, L. (2016). *El siglo de las drogas. Del porfiriato al nuevo milenio*. Ciudad de México: Debolsillo.

así como las secuencias de los eventos que conforman las trayectorias de uso de drogas, cambien en los sujetos según su cohorte de nacimiento.

Aspectos éticos de la investigación

Todas las personas que participaron en el análisis de la oferta de servicios de tratamiento brindaron un consentimiento informado de manera verbal antes de iniciar la recolección de información. No se registraron datos personales ni de los establecimientos que permitieran ligar la información que aquí se reporta con personas o centros específicos. Las entrevistas y encuestas se realizaron en espacios que garantizaban la privacidad y la confidencialidad de la información. Todos los archivos de audio fueron salvaguardados con contraseñas y encriptados. En este informe no se reporta ningún nombre u otra información que permita la identificación de las instituciones y/o personas que participaron de las entrevistas y las encuestas.

Para el análisis de la información del SIS-VEA, se eliminaron todos los campos que tuvieran información personal y se asignaron folios únicos de identificación de los sujetos para poder realizar el análisis longitudinal que aquí se plantea. Las bases originales proporcionadas por el Departamento de Salud Mental y Adicciones se resguardaron en una sola computadora de la investigadora principal bajo contraseña. Todos los análisis –tanto cuantitativos como cualitativos– se presentan de manera agregada de manera que no es posible identificar a participantes específicos en ningún segmento del presente reporte.

Para devolver la información a los participantes, se convocará a una reunión al Comité de Salud Mental de la Secretaría de Salud de San Luis Potosí con el propósito de presentar los resultados preliminares del estudio. Asimismo, se convocará a los responsables de los centros de tratamiento para uso problemático de drogas a una presentación de los resultados del estudio.

Limitaciones del estudio

El estudio presenta algunas limitaciones. En primer lugar, sólo se tuvo contacto con los centros de tratamiento que acuden a las reuniones programadas por el Departamento de Salud Mental y Adicciones de la Secretaría de Salud. Es posible que los centros que no acuden a estas reuniones presenten condiciones de infraestructura y calidad de servicios distintas a las que aquí se exponen. Asimismo, la participación en el estudio fue voluntaria, de manera que no se pudo constatar las condiciones de los servicios en aquellos centros que no aceptaron la realización de las entrevistas y las visitas. En esa medida, la información que aquí se presenta no puede ser generalizable al universo de centros de tratamiento de SLP, sino que constituye una aproximación exploratoria de las condiciones generales en las cuales se brindan este tipo de servicios.

Pese a estas limitaciones, dada la falta de información sobre los servicios de tratamiento para uso problemático de drogas en SLP, los hallazgos que aquí se presentan sirven para sugerir acciones de política pública que permitan mejorar la calidad y cobertura de estos servicios. De igual manera, permiten plantear hipótesis para poner a prueba

en futuros estudios con la población que quedó fuera de este estudio.

Con respecto al análisis de las trayectorias de uso de drogas a partir de los datos proporcionados por el SISVEA, en primer lugar, hay que considerar que son personas que llegaron a solicitar tratamiento a centros no gubernamentales. No fue posible acceder a los datos de las personas que acuden a tratamiento ambulatorio a los CAPA, pues los mismos no fueron compartidos por la Secretaría de Salud de SLP. Por lo tanto, representan un subconjunto muy particular del universo diverso de personas que usan sustancias y, en consecuencia, los resultados no se pueden generalizar a dicho universo. Comparar los resultados aquí obtenidos con un análisis de las personas que acuden a los CAPA se podría realizar en un estudio posterior.

En segundo lugar, los datos sólo abarcan el periodo 1994-2016, pero no hay datos de ingreso de personas para los años 2010, 2011 y 2012. A pesar de la falta de datos recientes (2017-2019) de personas que ingresaron a tratamiento, se considera que la información agregada ofrece un panorama suficiente para dar cuenta de las tendencias del uso de drogas en las últimas dos décadas en SLP.

En tercer lugar, la base contiene trayectorias de uso de sustancias de personas que llegan a tratamiento en diferentes años y a diferentes edades. Para controlar los sesgos que genera la desigual edad a la que se ingresa a tratamiento, decidimos trabajar con dos cohortes y comparar poblaciones iguales en edad y en el tiempo asignado a la historia de uso de sustancias que se busca reconstruir, por ello comparamos las trayectorias antes de los 25 años de sujetos mayores de 25 años. Sin embargo, en la descripción general de los datos incluimos a sujetos menores

de 25 años. Estas descripciones deben ser leídas con mucha precaución, pues sus trayectorias se encuentran en pleno proceso de consolidación y, en esa medida, sólo se puede dar cuenta de la droga de inicio y el momento de entrada en tratamiento, pues no se tiene la trayectoria completa de consumo.

En cuarto lugar, la mayoría de variables que levanta el SISVEA no están calendariadas, por lo que sólo se da cuenta de ellas al momento en que se levanta la ficha, pero muchas de estas variables cambian en el tiempo.⁶¹ Por ello, se decidió analizar los calendarios de uso de sustancias en relación con variables fijas en el tiempo, como el sexo, la cohorte de nacimiento, la edad de inicio al uso de sustancias y el tipo de droga de inicio.

A pesar de estas limitaciones, el análisis que aquí se presenta tiene un alcance importante por los controles realizados y por ser una de las únicas experiencias de análisis longitudinal que busca reconstruir las trayectorias de uso de sustancias de sujetos y compararlas según ciertas características sociodemográficas. Este análisis permite pensar en estrategias programáticas de intervención para cada momento de la trayectoria, que reduzcan el riesgo de avanzar hacia patrones de uso problemático de sustancias en SLP.

61 Por ejemplo, es distinto preguntar por su escolaridad a una persona de 15 años que a una de 30.

Anexo 2. Aprobación del estudio por parte del comité de ética de la SSA-SLP



SERVICIOS DE SALUD DEL ESTADO
SAN LUIS POTOSÍ



SERVICIOS DE SALUD

SERVICIOS DE SALUD

DIRECCIÓN: DE ATENCIÓN MÉDICA

SUBDIRECCIÓN: DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD

DOMICILIO: PROLONG. CALZADA DE GUADALUPE No. 5850 COL. LOMAS DE LA VIRGEN. C.P. 24000

NÚMERO DE OFICIO: 429209

EXPEDIENTE: 165.2

ASUNTO: Evaluación de Protocolo Registro Estatal SLP/08-2019

San Luis Potosí, S.L.P., **28 JUN. 2019**

DRA. ANGÉLICA OSPINA ESCOBAR
PROFESOR INVESTIGADOR DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y DOCENCIAS ECONÓMICAS, A.C.
SEDE REGIÓN CENTRO DE AGUASCALIENTES
CIRCUITO TECNÓPOLONORTE No. 117
COL. TECNÓPOLO POCITOS II, C.P. 20313
AGUASCALIENTES, AGS.

Hago de su conocimiento que el pasado 14 de noviembre del 2019, en sesión extraordinaria del Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud, se realizó la Evaluación del Protocolo de Investigación:

Tendencias del Uso Problemático de Drogas en San Luis Potosí y Brechas de Prevención y Atención	Dra. Angélica Ospina Escobar
Centro de Investigación y Docencias Económicas, A.C.	
REGISTRO ESTATAL	
SLP/08-2019	

Siendo el dictamen por consenso:

OPINIÓN TÉCNICA FAVORABLE

Lo anterior, con fundamento en el TÍTULO QUINTO de la Ley Estatal de Salud, que establece las bases, condiciones y normatividad en materia de Investigación para la Salud, y la NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de Proyectos de Investigación para la Salud en Seres Humanos.

En base a la Guía Nacional para la Integración y Funcionamiento de los Comités de Ética en Investigación, el Comité tendrá la facultad de solicitar el seguimiento del estudio en cualquier fase de su desarrollo, su cumplimiento de acuerdo al Protocolo autorizado y a la guía de buena Práctica Clínica para garantizar la protección del sujeto participante al estudio, y cumplir con las disposiciones que marca el Reglamento Interno del Comité Estatal de Ética en Investigación, Capítulo X, Artículo No. 45, el Investigador Titular se obliga como parte de los compromisos adquiridos, a entregar con periodicidad semestral los avances de la Investigación al Comité Estatal de Ética en Investigación en Salud; y la Subdirección de Prevención y Promoción para la Salud de estos Servicios de Salud, dará seguimiento, para colaborar con la información que requiere el Investigador, con la finalidad de continuar con el desarrollo de los resultados obtenidos.

Reciba un cordial saludo.

ATENTAMENTE:
SUFRAGIO EFECTIVO. NO REELECCIÓN
LA DIRECTORA GENERAL



DRA. MONICA LILIANA RANGEL MARTÍNEZ.

SERVICIOS DE SALUD DE SAN LUIS POTOSÍ

DIRECTO

28 NOV. 2019

OFICIALÍA DE PARTES



KIM/GRJ/GET

2019, "Año del Centenario del Natalicio de Rafael Montejano y Aguiñaga"

CONTENDOS EN EL ANEXO SUPERIOR DEPENDIENDO

Anexo 3. Categorías y variables que se recolectaron en la ficha de caracterización de centros de tratamiento

Categoría	Variables
Datos generales del establecimiento	• Tipo de institución • Modalidad de atención • Fuente de financiamiento • Servicios que ofrecen • Costos del tratamiento • Capacidad de atención de población • Cantidad de población atendida • Costos de operación
Adhesión a la normatividad	• Cuenta con programa general de trabajo • Cuenta con manuales técnicos administrativos • Cuenta con guía operativa de referencia y contrarreferencia • Se registran las referencias y contrarreferencias • Cuenta con reglamento interno • Reporta datos al SISVEA • Reporta datos a sistemas de procuración de justicia • Expedientes clínicos de ingreso y egreso • Procedimiento para prescripción de medicamentos • Procedimiento de resguardo de medicamentos
Caracterización del tratamiento	• Modalidad de tratamiento • Estrategias terapéuticas que emplea • Duración del tratamiento
Personal del establecimiento	• Número de personas y horas que trabajan en el centro • Perfiles de profesionales que brindan servicios dentro del centro • Para cada perfil se indaga por las siguientes características: • Sexo • Edad • Escolaridad • Horas que laboran en el establecimiento • Sueldo • Tipo de contrato • Años laborando en el establecimiento • Ha recibido tratamiento en adicciones • Tiempo de recuperación • Ha recibido capacitación en tratamiento en adicciones (describa) • Realiza otras actividades además de trabajar en el centro

Continuación de Tabla

Categoría	Variables
Usuarios	• Sexo • Grupos de edad • Principal droga de impacto • Otros problemas de conducta • Comorbilidades de salud mental • Poblaciones vulnerables • Atención a problemas en conflicto con la ley • Internamiento involuntario

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 4. Categorías y subcategorías analíticas de entrevistas semiestructuradas aplicadas a consejeros de centros de tratamiento para el uso problemático de drogas en San Luis Potosí

Categorías analíticas	Subcategorías para el desarrollo de preguntas generadoras
Trayectoria laboral	Experiencia laboral
Rutina en la institución	Ordinario Extraordinario
Percepción de la institución	Buenas prácticas Prácticas por mejorar Áreas de oportunidad (infraestructura, recursos materiales y humanos, organización de las actividades) Barreras para el mejoramiento del servicio
Representaciones en torno al tratamiento	Meta Modelo Fases Trayectorias típicas de atención
Representación de los usuarios	Características sociodemográficas Representaciones en torno al uso problemático de drogas Participación en tratamiento

Continuación de Tabla

Categorías analíticas	Subcategorías para el desarrollo de preguntas generadoras
Relación con otros servicios	Cuáles En qué momentos Tipo de vinculación (formal/informal)
Relación con otras instituciones	Real Ideal

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 5. Categorías y subcategorías analíticas de entrevistas semiestructuradas aplicadas a usuarios de centros de tratamiento para el uso problemático de drogas en San Luis Potosí

Categorías analíticas	Subcategorías para el desarrollo de preguntas generadoras
Trayectoria de uso de drogas y tratamiento	Droga inicio, edad, secuencias Edad primer tratamiento. Droga de impacto primer tratamiento Número de veces que ha estado en tratamiento
Rutina en la institución	Ordinario Extraordinario
Percepción de la institución	Buenas prácticas Prácticas por mejorar Áreas de oportunidad (infraestructura, recursos materiales y humanos, organización de las actividades)
Representaciones en torno al tratamiento	Meta Fases Efectividad Participación
Representación de los proveedores de los servicios	Representaciones en torno a las funciones de los proveedores

Continuación de Tabla

Categorías analíticas	Subcategorías para el desarrollo de preguntas generadoras
Relación con otros servicios	Cuáles En qué momentos Cómo se da la vinculación

Fuente: Elaboración propia.

Anexo 6. Características y tamaños de las muestras trabajadas a partir de la base de datos de centros de tratamiento no gubernamentales de SLP del SISVEA 1994-2015

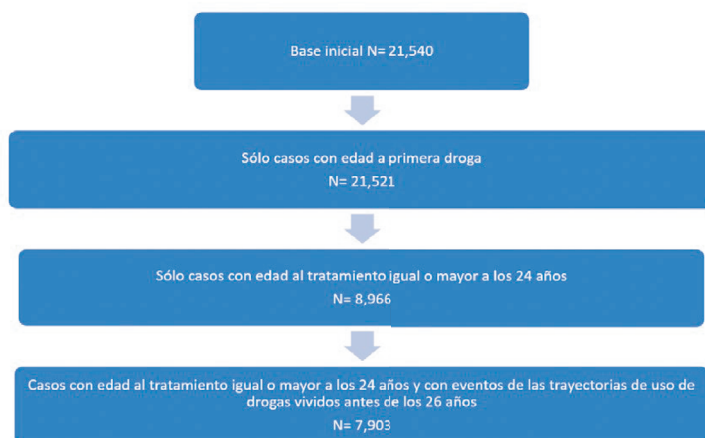


Tabla 5. Ejemplo de la estructura de la base longitudinal y las trayectorias construidas[illegible]

El caso 1 estuvo desde los 5 hasta los 9 años sin consumir ninguna sustancia. De esta forma, su trayectoria de uso de sustancias inicia a los 10 años con el uso de al menos una vez algún tipo de sustancia legal (alcohol y/o tabaco). Esta situación permaneció sin cambios hasta los 18 años, es decir, entre los 10 y los 18 no usó ni siquiera una vez una sustancia ilegal. A los 19 años encontramos el estado LO, que significa que a esa edad inició el uso de alguna sustancia ilegal distinta a la marihuana. A los 19 años ya estaban presentes las sustancias legales, el cambio que nos señala el estado LO a los 19 años es el uso de al menos una vez de una sustancia de tipo no ilegal distinta a la marihuana. Entre los 19 y 23 años no se usaron nuevos tipos de sustancias y por eso permanece sin cambios en sus estados. A los 24 años hay una transición a uso de marihuana, y eso se expresa en un estado que resume haber usado al menos tres tipos de sustancias (LMO) hasta los 25 años. Este caso expresa la trayectoria de alguien que a los 25 años ya acumula un uso

de tres tipos de sustancias, pero llega al uso específico de cada una de ellas a edades diferentes (10, 19 y 24 años).

El caso 2 nos señala un inicio de la trayectoria de uso de sustancias más tardío que el anterior; sin embargo, a una misma edad se inicia en dos tipos de sustancias: legales y marihuana. Por eso desde el primero momento que transita de NC (no consume) a otro estado, lo hace con un estado con doble tipo de sustancia (LM). Se mantiene sin cambios hasta que dejamos de observarlo a sus 25 años. Alcanza una trayectoria de uso acumulativo de dos tipos de sustancias, pero llega a ellas al mismo tiempo (a los 14 años).

El caso 3 es el que presenta la trayectoria de iniciación al uso de drogas más tardía. Lo hace a los 22 años con marihuana, y a los 24 años usa al menos una vez sustancias no legales de otro tipo. Así alcanza una trayectoria de uso de dos tipos de sustancias, pero llega a ellas usando primero un tipo y luego otro.

La oferta de tratamiento para el uso problemático de drogas y sus usuarios en San Luis Potosí

Este documento busca aportar recomendaciones de política pública para mejorar la oferta de servicios de tratamiento para el uso problemático de drogas en SLP, a partir de las características de las personas que demandan estos servicios y de la oferta de servicios existente en el estado. Se destaca el énfasis en la abstinencia y los servicios intramuros y se subraya la necesidad de ampliar la oferta de servicios, en particular, de aquellos de corte comunitario que permitan identificar a personas usuarias antes de que presenten uso problemático para que puedan adoptar prácticas de autocuidado de la salud bajo un enfoque de reducción de riesgos y daños. Se subraya también la necesidad de impulsar el mejoramiento de las condiciones de vida y de tratamiento que se ofrecen en centros de tratamiento residencial administrados por organizaciones de la sociedad civil.

El Programa de Política de Drogas (PPD) constituye uno de los primeros espacios académicos en México que analizan el fenómeno de las sustancias ilícitas, la política de las drogas y sus consecuencias a partir de las ciencias sociales en el Centro de Investigación y Docencia Económicas (CIDE) Región Centro, ubicado en la ciudad de Aguascalientes. El PPD es un espacio académico permanente que tiene el propósito de generar, de manera sistemática, investigación original orientada a estudiar el fenómeno de las drogas y de las políticas de drogas actuales en América Latina desde una perspectiva interdisciplinaria, con el fin de contribuir a su mejor diseño mediante la elaboración de propuestas viables y evaluables, para mejorar los resultados y consecuencias de dichas políticas en la región.

