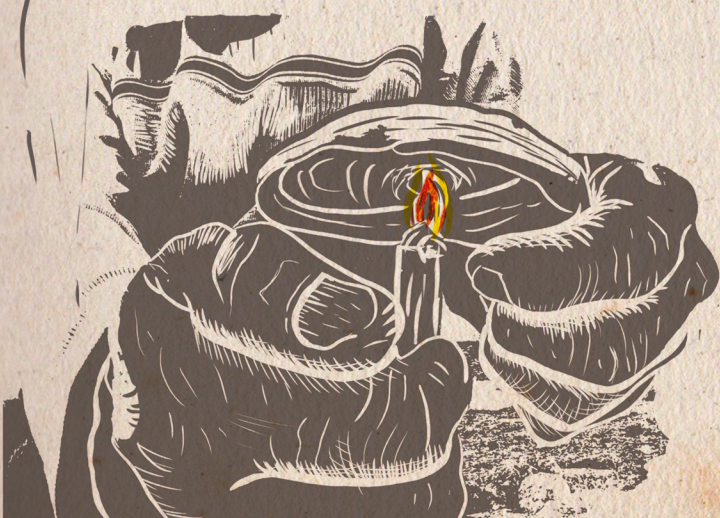


**Cuqueando la
Chiva:** contextos del
consumo de **HEROÍNA**
en la frontera norte de México...




SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Nacional
contra las Adicciones


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ





Cuqueando la
Chiva: contextos del
consumo de **HEROÍNA**
en la frontera norte de México...



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Comisión Nacional
contra las Adicciones


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ



Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México...

Primera edición 2019

D.R© Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
Calzada México-Xochimilco 101 Col. San Lorenzo Huipulco CP 14370
<http://www.inprf.gob.mx>

Editor: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM)
Tiraje: 500 ejemplares
Reservados todos los derechos
ISBN: En trámite

Impreso en México / Printed in México
Diseño editorial: Aurora Paredes Mendoza.
Diseño de portada: Aurora Paredes Mendoza.

Citación para el presente documento:

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

A la memoria de Javier Valdez Cárdenas

Porque nos hubiera encantado compartir contigo todas estas historias. Volver a escuchar
trova y reír juntos a pesar de la tormenta. De alguna forma estás en estas líneas...
¡Salud morro querido!

CF y MD

A mis queridos hijos, madre, hermanos y mujeres sororas

Por su amor y apoyo incondicional... *les amo.*
¡Tarda en llegar y al final hay recompensas!

CF

“La heroína presenta dolores, depresiones, dolores sociales, morales, rechazos familiares. La heroína en mí ha surgido de esta manera, pero también ha sido un medicamento en estos veinticinco años usándola, si no la hubiese usado, tal vez estuviese muerto. No la uso para andar de maloso, de ratero o algo. No, la uso para que me de ese incentivo, porque vienen los traumas, que me quite ese dolor, ese vacío, que me quite todo ese malestar. Me da esa fuerza para seguir adelante y seguir como un payaso con la careta de risa y atrás de esa careta de la heroína viene la tristeza. La soledad es bonita, sabiéndola tratar, yo necesito ayuda, no psiquiátrica, necesito despojarme de todo, olvidarme de todo y tomar un nuevo aire, ya estoy harto de esto, ya estoy viejo, me siento cansado, le he dado duro a la vida”.

Testimonio de usuario (38 años)

**DIRECTORIO
SECRETARÍA DE SALUD**

**Dr. Jorge Alcocer Varela
Secretario de Salud**

**Dr. José Ignacio Santos Preciado
Secretario del Consejo de Salubridad General**

**Dra. Asa Ebba Cristina Laurell
Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud**

**Dr. Hugo López-Gatell Ramírez
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**

**Dr. Pedro Flores Jiménez
Titular de la Unidad de Administración y Finanzas**

**Dr. Alejandro Mohar Betancourt
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta
Especialidad**

**Mtra. Angélica Ivonne Cisneros Luján
Titular de la Comisión Nacional de Protección Social en Salud**

**Dr. José Alonso Novelo Baeza
Titular de la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios**

**Dra. Nora Leticia Frías Melgoza
Directora General de Atención y Tratamiento en Adicciones y encargada del Despacho de la
Comisión Nacional contra las Adicciones**

DIRECTORIO
INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Dr. Eduardo Ángel Madrigal de León
Director General

Dra. Claudia Becerra Palars
Directora de Servicios Clínicos

Lic. Ana María De la Parra Coria
Directora de Administración

Dra. Shoshana Berenzon Gorn
Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales

Dr. Francisco Julio Pellicer Graham
Director de Neurociencias

Dra. Mónica Flores Ramos
Directora de Enseñanza

Dr. Jorge Julio González Olvera
Subdirección de Investigaciones Clínicas



CRÉDITOS

El libro *Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México...* es un esfuerzo coordinado por el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRM) y la Secretaría de Salud a través de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC), con la participación de Prevencasa, Integración Social Verter y Programa Compañeros, las tres Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), así como del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (CENSIDA).

El INPRM tuvo a su cargo el diseño conceptual, metodológico y operativo del levantamiento de datos, así como la elaboración de los instrumentos de medición, la capacitación de los entrevistadores, la supervisión del trabajo de campo, el análisis de datos y la elaboración del presente libro. Las gestiones administrativas para la obtención de fondos ante el INL (Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs) las realizó CONADIC, mientras que la recolección de datos estuvo a cargo de Prevencasa en Tijuana, Integración Social Verter en San Luis Río Colorado y Programa Compañeros en Ciudad Juárez; todas ellas ONGs con amplia trayectoria en trabajo comunitario con poblaciones usuarias de drogas. El estudio serológico para la detección de VIH y VHC, se logró gracias al apoyo de CENSIDA y del laboratorio Gilead Sciences.

El estudio se realizó con financiamiento del Departamento del Estado de los Estados Unidos de América y del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Las opiniones, hallazgos y conclusiones aquí mencionadas son de los autores y no reflejan necesariamente los de las agencias financiadoras del estudio.



Coordinación General

Clara Fleiz Bautista
Jorge Ameth Villatoro Velázquez
Mario Domínguez García
Ma. Elena Medina-Mora Icaza

Diseño Conceptual

Clara Fleiz Bautista
Mario Domínguez García
Jorge Ameth Villatoro Velázquez
Ma. Elena Medina-Mora Icaza

Diseño Logístico

Clara Fleiz Bautista
Mario Domínguez García
Jorge Ameth Villatoro Velázquez
Ma. Elena Medina-Mora Icaza

Organizaciones No Gubernamentales

Prevecasa A.C.

Luis Alberto Segovia Acosta
Remedios Lozada Romero
Lilia Pacheco
Joanna Arlyn Castañeda Córdova
Alfonso Chávez Rivera
Stephanie Urueta Yamaguchi

Verter Integración Social A.C.

María de Lourdes Angulo Corral
Said Slim Pasaran

Programa Compañeros A. C.

María Elena Ramos Rodríguez
Oscar Beltrán Pérez
David Montelongo García
María Luisa González Barrios
Julián Rojas Padilla
Reyna Rosalía Santiago Tejeda
Luis Carlos Colorbio Apodaca
José Luis Aguilar Zaragoza
Agustín Gramillo Castañeda

Capacitación de Personal de Campo

Clara Fleiz Bautista
Mario Domínguez García
Fabiola Vázquez Quiroz
Eduardo Zafra Mora
Rubén Carreón Díazconti



Levantamiento de Campo

Tijuana

Joanna Arlyn Castañeda Córdova
Alfonso Chávez Rivera
Lilia Pacheco
Stephanie Urueta Yamaguchi

San Luis Río Colorado

María de Lourdes Angulo Corral
Said Slim Pasaran
José Salvador Ramírez Díaz
María del Carmen Rodríguez García

Ciudad Juárez

José Luis Aguilar Zaragoza
Luis Carlos Colorbio Apodaca
María Luisa González Barrios
Reyna Rosalía Santiago Tejeda
Agustín Gramillo
David Montelongo
Oscar Beltrán
Julián Rojas Padilla

Supervisión de trabajo de campo

Eduardo Zafra Mora
Clara Fleiz Bautista
Mario Domínguez García
Fabiola Vázquez Quiroz

Desarrollo de Base de Datos

Michelle Bretón Cirrett
Ailema Roxana Mujica Salazar
Fabiola Vázquez Quiroz
Esbehidy Reséndiz Escobar

Captura de Datos

Yazmín Contreras
Carolina Muñoz Barragán
Vanessa Vianey Mora Sotelo

Transcripción de Entrevistas

Pilar Bernal Pérez
Arely Ruiz García
Imelda Soriano Ramírez

Análisis Estadísticos

Esbehidy Resendiz Escobar
Rodrigo Sánchez Ramos
Fabiola Vázquez Quiroz

Elaboración del libro

Clara Fleiz Bautista
Mario Domínguez García
Jorge Ameth Villatoro Velázquez
Rodrigo Sánchez Ramos
Esbehidy Resendiz Escobar
Fabiola Vázquez Quiroz
Ma. Elena Medina-Mora Icaza



Asesores del Estudio

Rubén Díazconti Carreón

Mauricio Sepúlveda Galeas

Coordinación y Vinculación Institucional

Marycarmen Noemí Bustos Gamiño



AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido posible gracias al esfuerzo intenso y comprometido de varias instituciones y personas que a continuación reconocemos.

Gracias *Prevecasa, Verter Integración Social y Programa Compañeros*. El trabajo de investigación que llevamos a cabo en estos contextos psicotrópicos fronterizos fue posible gracias a su experiencia y lucha social de años en el trabajo comunitario con personas usuarias de drogas. Nuestro sincero y profundo reconocimiento a su labor... *Ing. Luis Alberto Segovia, Mtra. Lourdes Angulo y Lic. Ma. Elena Ramos, directores de cada una de ellas gracias por todo su apoyo y disposición para llevar a buen puerto este proyecto.*

Nuestro agradecimiento especial a todo el equipo de entrevistadores y trabajadores de campo de las tres ONGs que salieron a los centros de tratamiento y sitios de consumo; gracias por tantas horas con la grabadora y el lápiz en la mano para registrar ese mundo de significados y experiencias en torno al uso de heroína, experiencias que a veces fueron tristes o dolorosas, otras conmovedoras y provocadoras.

A las y los entrevistados, los que están y los que se han ido, gracias por las horas y horas de plática, por haber compartido sus experiencias y saberes, por permitir acercarnos a sus espacios, a su intimidad. Fue realmente enriquecedor escucharlos, sus historias nos atravesaron la vena. *Gracias totales...*

A Jahadack por todo lo que aportaste al estudio a partir de tu experiencia, ¡por enseñarnos a caminar en las calles de Tijuana y por sonreír siempre a pesar de las adversidades... Gracias Junior!

Agradecemos al Dr. Carlos Magis -Director de Atención Integral del CENSIDA-, al Lic. Agustín López González -Director de Prevención y Participación Social del CENSIDA-, así como a la Mtra. Liliana Marisol Ponce Ramos -Jefa del Departamento de Detección y Consejería del CENSIDA- por su apoyo y gestiones con los CAPASITS estatales de Baja California, Sonora y Chihuahua para realizar el estudio serológico. Agradecemos de manera particular a los responsables estatales de los programas de VIH/SIDA e ITS de cada una de las ciudades. Dr. Jorge Guillermo Gaxiola Lugo, Dr. Sergio Armando Salazar Arriola y Lic. Krissel García Hernández.

Gracias al personal de Gilead Sciences México, por su apoyo y por donar las pruebas rápidas de detección de VHC.



A los directores y personal de todos los Centros de Rehabilitación y a Clínicas de Metadona que nos abrieron sus puertas para llevar a cabo el estudio *¡Gracias por su confianza y apoyo!*

Agradecemos a la Lic. Laura Martínez Dunstan, Presidenta de la Asociación Estatal de Centros de Rehabilitación e integrante de la Unión de Centros de Rehabilitación de San Luis Río Colorado, por su apoyo constante para llevar a cabo este proyecto y por compartirnos sus saberes sobre la población usuaria de drogas. Su esfuerzo y compromiso es motivante.

A la Mtra. Vilma Mondragón García, Directora de Promoción y Prevención de la Salud Mental, Adicciones y Violencia por su apoyo y por aproximarnos a los centros de rehabilitación de San Luis Río Colorado *¡Gracias por tu cariño, compromiso y cercanía!*

A las autoridades de los Consejos Estatales contra las Adicciones de las ciudades de Baja California, Sonora y Ciudad Juárez, por gestionar el acceso a los centros de tratamiento.

A nuestros queridos asesores, Mtro. Rubén Díaz-Conti Carreón -Director de Programas Específicos de la Clínica Especializada Condesa- y Dr. Mauricio Sepúlveda Galeas -Investigador y Docente de la Universidad Diego Portales, Santiago Chile-, gracias por sus recomendaciones y aportaciones para realizar este trabajo. Su experiencia y conocimientos fueron fundamentales para este proyecto *¡Mil gracias!*

Dra. Silvia Cruz Martín del Campo -Investigadora del Departamento de Farmacobiología del Cinvestav-, un millón de gracias por tomarte el tiempo de leer detenidamente este trabajo, tus observaciones y sugerencias fueron muy valiosas para lograr un mejor escrito.

Dr. Juan Ramón de la Fuente, Dra. Ma. Elena Medina-Mora, Dr. Juan Franco, Dr. Alfredo Camhaji, Dra. Elisa Núñez, Mtra. Ana Retana, Dra. Silvia Cruz, Dr. Carlos Pellicer, Mtro. Raúl Martín del Campo, gracias por las intensas discusiones en el Seminario de Opioides de la UNAM, sin duda han dejado huella para lograr una mejor comprensión del consumo de drogas.

Ing. Luis Alberto Segovia gracias por su apoyo, calidez y acompañamiento constante en las distintas fases del estudio y a la Mtra. Lilia Pacheco, Dr. Jaime Arredondo, Lic. Alfonso Chavez, Lic. Stephanie Urueta y Dra. Joanna Castañeda porque no han parado en estos meses en el diagnóstico de opioides en la frontera, *gracias por ser tan solidarios, por el entusiasmo, el buen humor y por las horas interminables de discusión. En sí gracias infinitas a toda la Preven.*



Gracias Dr. Jaime Arredondo -Postdoctoral -Research Fellow British Columbia Centre on Substance Use- por tus sugerencias a esta investigación, en especial, en el tema de las salas de consumo seguro. *Gracias por tu energía que no se acaba.*

A los expertos cercanos a la población usuaria de heroína y conocedores de esta problemática, gracias por su generosidad al compartir su experiencia y conocimientos con nosotros.

Julio Vega hiciste un extraordinario trabajo de búsqueda sistemática de la información, *gracias por aportar al proyecto de una manera tan solidaria y comprometida.*

Nuestro agradecimiento al Consejo Nacional contra las Adicciones por gestionar los fondos para realizar este proyecto y por trabajar de *la mano para visibilizar a estas poblaciones ocultas.*

En especial nuestro profundo reconocimiento y agradecimiento al grupo de la Unidad de Encuestas y Análisis de Datos del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, que hicieron distintas actividades para llevar a cabo este proyecto. En especial a las licenciadas Itzia Soto Hernández y a Vianey Cañas Martínez por revisar meticulosamente el escrito. A la Lic. Aurora Paredes por plasmar su creatividad en el diseño de este libro, así como a las licenciadas Ariadna Jurado y Alma Delia Rodríguez Salazar por apoyarnos con todas las cuestiones administrativas, su apoyo fue invaluable. *¡Gracias INPRFM!*

Al equipo de transcripción, que fue más que eso, por su empatía con las historias y su retroalimentación tan valiosa. Gracias Dra. Pilar Bernal Pérez, Lic. Imelda Soriano Ramírez y Lic. Arely Ruiz García.

Mtra. Guillermina Natera, gracias por su respaldo y gestión mientras fungió como Directora de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del INPRM.

Doctora Ma. Elena Medina-Mora, su acompañamiento, asesoría y calidez en todo el proyecto fueron dosis intravenosas de motivación que se transformaron en un esfuerzo constante *¡Gracias por su liderazgo, por enseñarnos tanto y estar al lado de nosotros siempre!*

Finalmente, nuestro agradecimiento a la Embajada de los Estados Unidos en México quien a través de sus oficinas de INL, aportó financiamiento para hacer posible este estudio. En particular, gracias Mtra. Meeta Yajnik, Mtro. Alejandro Álvarez y Mtra. Ma. Luisa Romero por su apoyo constante.

ÍNDICE

Prólogo	i
Introducción	iii
Contenido	
1. Panorama epidemiológico del consumo de heroína	27
2. Metodología del estudio	35
3. Contextos y territorios del consumo de heroína	45
4. Resultados generales	51
Componente epidemiológico en centros de tratamiento	53
Características sociodemográficas	53
Consumo de heroína	56
Prácticas de consumo	57
Consumo de otras drogas	61
Sobredosis	65
Prácticas de riesgo	68
Casos reactivos de VIH y VCH	70
Búsqueda de tratamiento	71
Recaídas	78
Barreras de acceso a tratamiento	79
Necesidades de atención	81
Otras experiencias relacionadas con el consumo de heroína	82
Resumen de resultados del componente epidemiológico	89
Componente epidemiológico en centros de tratamiento: usuarios nacidos en Estados Unidos de América	97
Resumen de resultados del componente epidemiológico: Usuarios Nacidos en Estados Unidos de América	113
Componente cualitativo en sitios de consumo	119
Historias y prácticas de consumo	119
Presencia de otras sustancias	122
Historias sobre las <i>dobladas</i>	129
De las cachetadas y el agua con sal a la naloxona	131
Prácticas de riesgo	132
Tratamiento: <i>historias de anexo</i>	135
Necesidades de tratamiento	138
Otras experiencias relacionadas con el consumo de heroína	140
Una mirada no drogocentrada de la reducción de daños	146
Resumen de resultados del componente cualitativo	151

5. Conclusiones	159
6. Glosario	177
7. Referencias	183



PRÓLOGO

Clara Fleiz y sus colaboradores ofrecen un texto revelador, pero también doloroso, del uso de heroína en la frontera norte. Nos muestran un escenario caracterizado por la discriminación de quienes enferman, a quienes se les denomina “tecatos”, usualmente personas pobres o que pierden su posición social cuando su vida se torna en búsqueda de recursos para comprar droga. A la desigualdad social que las caracteriza, se suma la pobre cobertura de atención, la falta de oportunidades para una rehabilitación efectiva, el miedo a la violencia, el riesgo de adquirir VIH, hepatitis C, derivados de sus condiciones de vida y la muerte por sobredosis.

Los autores, a través de cuestionarios aplicados en centros de tratamiento y de entrevistas en escenarios de consumo “picaderos” que rescatan la voz de las personas entrevistadas en Tijuana, Ciudad Juárez y San Luis Río Colorado, nos abren la puerta a un fenómeno hasta ahora poco visibilizado fuera de la frontera norte. Un problema de salud pública con elevados costos derivados tanto de sus impactos sociales y en la salud, como de las consecuencias no deseadas de las políticas para atenderlo. Es sin duda un acierto de los autores abordar el problema desde las perspectivas cuantitativas y cualitativas que logran integrar magníficamente.

En el texto se hace visible la desinformación en la materia, la poca comprensión de lo que es una dependencia y sus implicaciones en la conducta de las personas que enferman, de ahí la importancia del texto. Las vicisitudes que relatan las personas que han desarrollado esta condición, son sin duda un mecanismo para superar este analfabetismo que se constituye en barrera para una adecuada atención.

No es un fenómeno nuevo, pero sí en crecimiento. México es país productor de opio de donde se extrae la heroína, desde la segunda mitad del siglo XIX en el área conocida como “triángulo del norte”, en Sinaloa, Durango y Chihuahua, al que se sumó el norte de Nayarit y que se extendió a Guerrero y Oaxaca en el sur. Hoy México es catalogado por Naciones Unidas como el tercer productor de esta droga en el mundo, destinada principalmente a mercados internacionales.

Su consumo interno tampoco es nuevo, ya en la segunda década del siglo pasado hay reportes de uso en personas reclusas en cárceles o internadas en hospitales psiquiátricos, después de la Guerra, la Secretaría de Salud se hace cargo de un grupo de pacientes con dependencia a heroína en programas de mantenimiento con morfina. A partir de la década de los 1970's se estudia sistemáticamente el problema en México y se estudia su uso en población reclusa en cárceles y en población atendida en centros de tratamiento principalmente de la frontera norte. Actualmente se ha documentado su uso en 30 estados. Centros de Integración Juvenil reporta la presencia de heroína como droga de impacto (la que lleva a tratamiento) en 17 estados. El registro de casos de centros no gubernamentales conocido como SISVEA reporta consumo principalmente en la Frontera Norte, en menor proporción en la zona sur pocos casos en la zona centro. El Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) que recoge información de centros de tratamiento y de procuración de justicia en la Ciudad de México, reporta cifras similares al SISVEA.

Aunque la media de edad de inicio de los usuarios entrevistados que se reporta en el estudio ocurre en la edad adulta joven, hay casos de inicio muy temprano, los autores recuperan narrativas de usuarios que usaron por primera vez a los 9 años, en entornos familiares de uso.

Es un fenómeno binacional. Fleiz y sus colaboradores nos muestran como la mayoría de las personas que entrevistan ha vivido en los Estados Unidos y se han inyectado heroína en aquel país, alrededor la mitad de los usuarios entrevistados en Tijuana y poco más de la tercera parte de quienes fueron entrevistados en Ciudad Juárez y San Luis Río Colorado se inició en Estados Unidos y cinco de cada cien reportó haber nacido en aquel país.



El aumento de la disponibilidad para consumo interno ocurre en un momento de repunte de uso en Estados Unidos como droga de elección para personas que desarrollaron dependencia a medicamentos opioides en el que influyó una sobre prescripción para el manejo de dolor. La tendencia más reciente es la mezcla de heroína con cocaína, cristal y con otras sustancias sintéticas, mezclas que se hacen atractivas por sus efectos más poderosos, pero también con más repercusiones en la salud, el caso más dramático es el uso de fentanilo que ha incrementado las muertes de una manera exponencial.

Sin embargo, a pesar de vivir en una frontera porosa, el fenómeno en los dos países es muy diferente. El consumo de heroína y de medicamentos para el dolor fuera de prescripción, es en México más bajo, lo que es consistente con la baja disponibilidad de medicamentos en nuestro país que se relaciona con poca oportunidad de desviación.

El incremento de la disponibilidad de medicamentos para enfermos con dolor, que buscan atinadamente hoy las políticas de salud en nuestro país, representa una oportunidad para prevenir la dependencia a través de buenas prácticas de prescripción, tratamiento para quienes la desarrollan y para cuidar la desviación.

Las Encuestas Nacionales de Uso de Drogas han sido útiles para documentar la expansión del consumo a diversas regiones del país, pero no son el mejor método para estudiarlo, ya que, dada la baja prevalencia global, el tamaño de muestra tendría que ser considerable y por tanto muy costosa, pero también y principalmente porque la probabilidad de encontrar a usuarios en hogares es baja, como lo muestra Fleiz en este estudio.

Muchas son las necesidades de salud de esta población y como se muestra, hay una participación muy importante de las Organizaciones de la Sociedad Civil, compromiso que debe de reconocerse tanto en la atención de las personas como en los programas de reducción de daños. También es amplia la proporción que ha usado los servicios de mantenimiento con metadona, pero los costos del servicio y transporte para las personas resultan elevados.

El texto relata los problemas especiales que enfrentan las mujeres y las dificultades con los encargados de la procuración de justicia nos muestra caminos interesantes para mejorar la relación, mejorar la canalización a tratamiento y para la protección de los policías sujetos a riesgos de adquirir enfermedades infecciosas.

Los autores hacen recomendaciones basadas en la evidencia y viables que son un camino hacia el cumplimiento de las metas de Desarrollo Sustentable que buscan fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias, incluyendo a las drogas narcóticas, con una cobertura universal en la atención y que pretenden garantizar un mundo libre de enfermedad, de miedo, de violencia, con respeto por los derechos humanos y la dignidad.

Es un libro útil para los académicos que encontrarán importantes rutas para continuar profundizando en el tema, para los encargados de las políticas públicas quienes tendrán información de primera mano para llevar a cabo una reforma en el sistema de salud, para los clínicos a quienes acerca a las necesidades sentidas por los usuarios, cumpliendo así las recomendaciones de la OMS y de UN, incorporando las voces de quienes tienen la experiencia vivida.

Sea pues muy bienvenido

Enhorabuena

María Elena Medina Mora



INTRODUCCIÓN

La prevalencia del consumo de heroína a nivel nacional es relativamente menor comparada con otras sustancias. Los datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 (Villatoro, et al., 2017), reportan que el consumo de heroína en el país es menor al 0.1%. Si bien su uso se ha extendido en 30 estados, en los estados fronterizos como Baja California y Chihuahua, las prevalencias son relativamente más altas (0.3% y 0.2% respectivamente). Asimismo, Centros de Integración Juvenil reporta la presencia de heroína como droga de impacto en 17 estados con una media nacional de 1.4% de los casos atendidos, donde destacan también Chihuahua (18%) y Baja California (6.2%) (CIJ, 2018). Si bien el porcentaje en México es bajo, comparado con la prevalencia anual mundial (0.4%) (UNODC, 2018), los problemas asociados al consumo de esta sustancia y las prácticas de riesgo que conlleva son notables. Por ejemplo, un intercambio y uso inadecuado de jeringas, se asocia con el riesgo de transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hepatitis C (VHC) y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Adicionalmente, el abuso y su combinación con otras sustancias aumenta las probabilidades de una muerte por sobredosis (Wilkerson, Kim, Windsor & Mareiniss, 2016).

Son distintos los trabajos que han dado cuenta del consumo de heroína en distintas ciudades fronterizas (Rojas, Fleiz, Villatoro, Gutiérrez & Medina-Mora, 2009; Meacham, Strathdee, Rangel, Armenta, Gaines & Garfein, 2016). Esta investigación permite tener información más actualizada sobre este tema en Tijuana (Baja California), Ciudad Juárez (Chihuahua) y es uno de los primeros estudios que arroja evidencia científica del fenómeno en San Luis Río Colorado (Sonora) ciudad poco visibilizada, pero que concentra una proporción importante de población usuaria de heroína y otras drogas inyectables. Además, explora el consumo de otros opioides como el fentanilo en centros de tratamiento y sitios de consumo en las tres ciudades.

El proyecto surge a raíz de la necesidad de documentar y profundizar sobre las prácticas, riesgos y contextos del consumo de heroína y opioides en la frontera mexicana. Esto considerando la actual crisis que en este tema enfrentan diversos países, entre ellos los Estados Unidos de América (EUA) con la aparición de drogas sintéticas como el fentanilo, situación que constituye un problema de salud pública y que ha puesto en alerta a la Organización de las Naciones Unidas (ONU).

El diseño conceptual, metodológico y operativo del levantamiento de datos, así como la elaboración de los instrumentos de medición, la capacitación de los entrevistadores, la supervisión del trabajo de campo, el análisis de datos y la elaboración del presente libro estuvo a cargo del Instituto Nacional de



Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRM). Las gestiones administrativas para la obtención de fondos ante el INL (Bureau of International Narcotics and Law Enforcement Affairs) las realizó el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC), mientras que la recolección de los datos estuvo a cargo de Prevencasa en Tijuana, Verter Integración Social en San Luis Río Colorado y Programa Compañeros en Ciudad Juárez; todas ellas Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) con amplia trayectoria en el trabajo comunitario con poblaciones usuarias de drogas. El estudio serológico para la detección de VIH y VHC, se logró gracias al apoyo del Centro Nacional para la Prevención de VIH y el SIDA (CENSIDA) y del laboratorio Gilead Sciences.

El estudio se realizó mediante el método Rapid Assessment que contempla llevar a cabo el diagnóstico del uso de drogas en contextos complejos, con la finalidad de generar evidencia científica para posteriormente implementar estrategias de intervención en la comunidad (Rhodes, Fitch, Stimson, & Kumar, 2000). Este método requiere la triangulación conceptual y metodológica de distintos enfoques de investigación. La perspectiva cuantitativa y cualitativa, con sus respectivas técnicas de recolección de datos, fueron fundamentales para registrar el problema e interpretar los resultados desde la realidad y contexto de la población usuaria de heroína.

Es importante mencionar que este método contempla la reducción del daño (RD) como una estrategia efectiva y válida para abordar los problemas de salud y sociales relacionados con el consumo de drogas. Fue así, que conceptualmente este estudio se alineó a los principios fundamentales de la reducción de daños. Por ello, se incluyeron indicadores y temáticas en los instrumentos de medición orientados a conocer el patrón de consumo, los distintos riesgos a los que están expuestos y las formas que la misma comunidad emplea para gestionarlos. Lo anterior con la finalidad de proponer políticas públicas basadas en sus propias necesidades que fortalezcan y apoyen los programas de RD. Al final, como medida inmediata en la recolección de datos, los entrevistados en sitios de consumo, recibieron un kit de RD que incluyó jeringas nuevas, agua clorada, torundas y condones; para los entrevistados en centros de tratamiento el kit incluyó productos de higiene personal.

El libro se compone de las siguientes secciones: 1) panorama epidemiológico del consumo de heroína, 2) metodología del estudio 3) contextos y territorios del consumo de heroína, 4) resultados del componente epidemiológico de centros de tratamiento, 5) resultados del componente epidemiológico de la población nacida en Estados Unidos de América, que al momento del estudio se encontraba en los centros de tratamiento de la frontera mexicana 6) resultados del componente cualitativo en sitios de consumo, 7) conclusiones y recomendaciones, 8) glosario y 9) referencias.



Específicamente en el componente epidemiológico se muestran las características sociodemográficas de la población que acude a centros de tratamiento, el consumo de heroína, de otras sustancias y las edades de inicio, las vías de administración y su combinación con distintas sustancias, sobredosis y métodos para revertirlas las prácticas de riesgo, los casos reactivos de VIH y VHC, la búsqueda de tratamiento, recaídas, barreras y necesidades de atención, así como otras experiencias relacionadas con el consumo de heroína.

En el componente cualitativo se analiza a partir de las narrativas de los entrevistados, las historias y prácticas de consumo, la presencia de otras sustancias como el cristal, la china white, fentanilo y otros opioides. Se describen las situaciones en las que ocurren las sobredosis y sus formas de enfrentarlas, las prácticas de riesgo, sus historias y necesidades en los centros de tratamiento. Se muestran otras experiencias relacionadas con el consumo de heroína como las detenciones policíacas, el consumo en las mujeres, la cárcel, la discriminación y su condición de migrantes o deportados. Finalmente, se discute la importancia de continuar con el trabajo de reducción de daños desde una mirada no drogocentrada.

Los autores esperamos que el lector de este libro tenga una idea global, clara e integrada de las prácticas de consumo de heroína, de otras sustancias y de los contextos donde se llevan a cabo. Sin duda, el consumo de drogas en la frontera involucra una amplia variedad de temas, lo que nos pone ante un gran desafío y nos reta a crear soluciones donde la abstinencia no sea el único fin en la atención de la población usuaria de drogas. Con este libro tratamos de que también se vean sus condiciones de vida, las consecuencias y los riesgos asociados a su consumo con el fin de trabajar en mitigarlos.

Que la población usuaria de drogas se vuelva visible, con acceso a la justicia, a los servicios de salud y que se respeten sus derechos humanos, dependerá de todos: investigadores, instituciones gubernamentales, no gubernamentales y comunidad que les rodea.



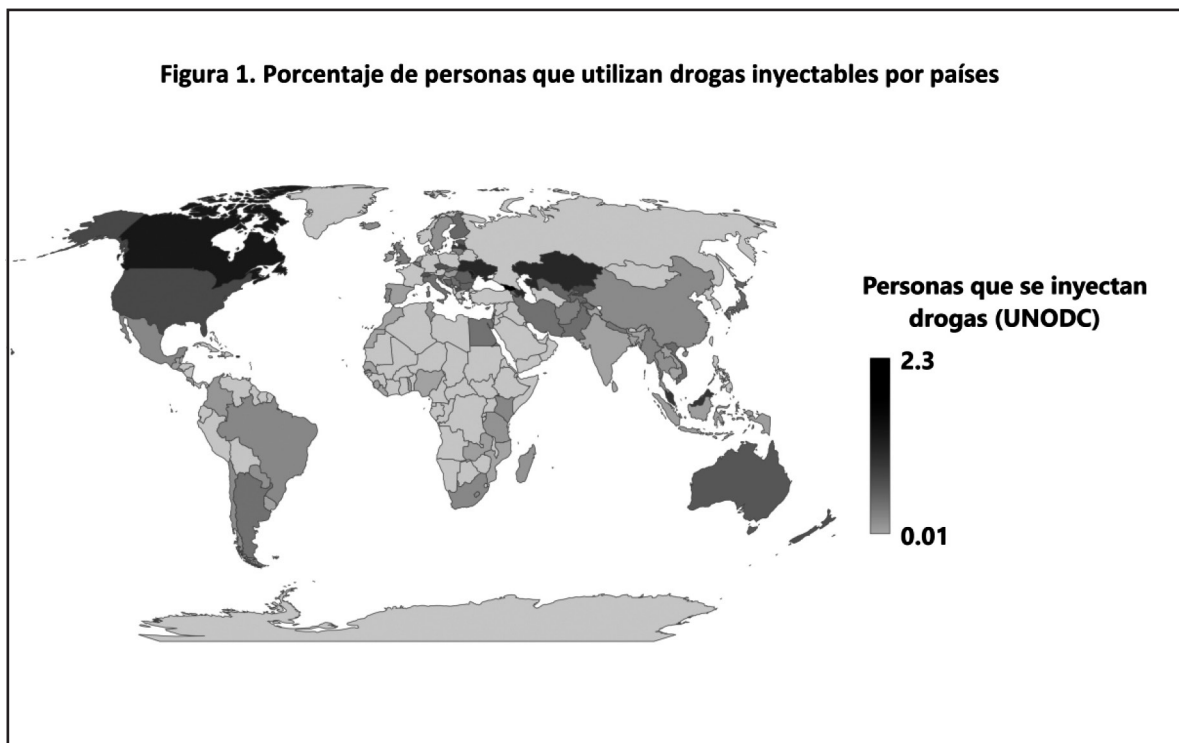
Panorama Epidemiológico del Consumo de Heroína.



PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DEL CONSUMO DE HEROÍNA EN LA FRONTERA DE MÉXICO CON ESTADOS UNIDOS

Si bien la prevalencia del consumo de drogas inyectables es relativamente menor comparado con otras sustancias como el alcohol, tabaco, marihuana o cocaína, la realidad es que los problemas de salud que se encuentran asociados a estas drogas van más allá de los trastornos por consumo y abuso de sustancias. Ya que estos incluyen deterioro físico, lesiones por uso inadecuado de jeringas, la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual; o las muertes por sobredosis que han llamado la atención de la crisis de opioides (ilegales y prescritos) que actualmente existe en los Estados Unidos de América (Rudd, Aleshire, Zibbell & Gladden, 2016; Wilkerson et al., 2016).

Una de las drogas inyectables más frecuentes es la heroína, de acuerdo con el reporte de 2017 de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDC, 2017), los principales países productores de heroína en Latinoamérica son México, Guatemala y Colombia. La producción de estos países tiene como finalidad responder a la demanda de las naciones norteamericanas como EUA y Canadá, donde se encuentra una proporción alta de personas que utilizan drogas (ONUDC, 2017a; figura 1).





A pesar de que México no es un país donde el consumo sea especialmente prevalente comparado con la prevalencia anual internacional (0.4%) (UNODC, 2018), lo cierto es que su proximidad con los Estados Unidos juega un papel muy importante en la dinámica del consumo de drogas inyectables y heroína. Por ejemplo, según datos de la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017 (Villatoro et al., 2017), el consumo de heroína en el último año en el país es menor a 0.1% y esta baja prevalencia dificulta su estimación tanto puntual como por intervalos de confianza. En la Tabla 1, se puede apreciar que la población femenina tiene un consumo tan infrecuente, que no es posible estimar su prevalencia. Sin embargo, la población masculina de adultos jóvenes (18 a 34 y 26 a 34 años), es la que presenta una mayor prevalencia de consumo de heroína tanto alguna vez en la vida, como en el último año.

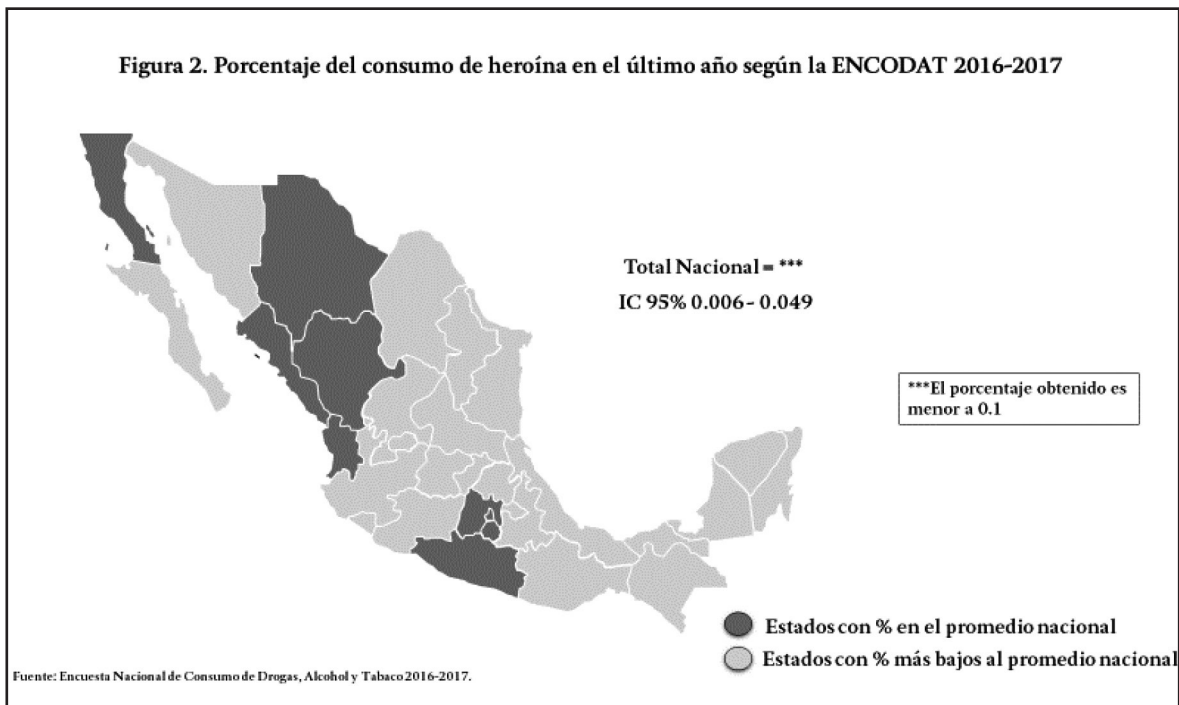
Tabla 1. Prevalencias del consumo de heroína según datos de la ENCODAT 2016-2017

Edad	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	%	IC 95%	%	IC 95%	%	IC 95%
Consumo alguna vez						
12 a 65 años	0.2	0.097-0.244	0.3	0.189-0.494	***	---
12 a 17 años	***	---	***	---	***	---
18 a 34 años	0.3	0.131-0.434	0.6	0.256-0.880	***	---
35 a 65 años	0.1	0.021-0.216	0.3	0.044-0.457	--	---
12 a 25 años	0.2	0.047-0.278	0.3	0.081-0.532	***	---
26 a 34 años	0.3	0.080-0.524	0.6	0.143-1.117	***	---
Consumo último año						
12 a 65 años	***	0.006-0.049	0.1	0.008-0.098	***	---
12 a 17 años	***	---	***	---	***	---
18 a 34 años	***	---	0.1	---	***	---
35 a 65 años	***	---	***	---	--	---
12 a 25 años	0.1	---	0.1	---	***	---
26 a 34 años	***	---	--	---	***	---

***El porcentaje obtenido es menor al 0.1%.

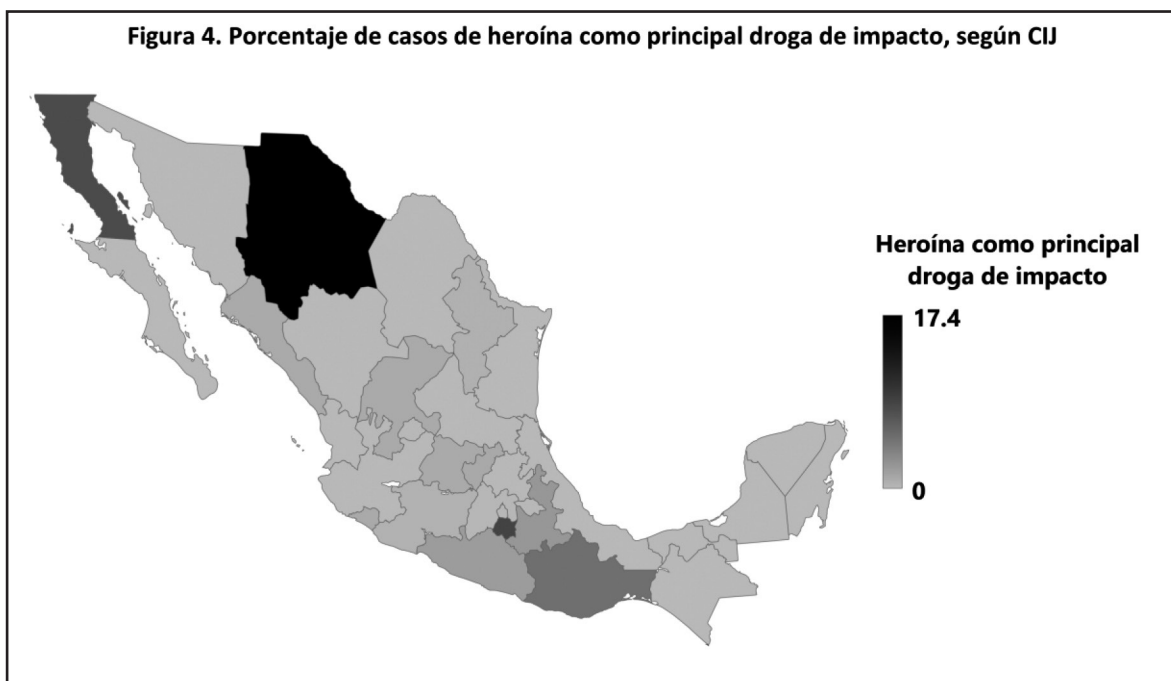
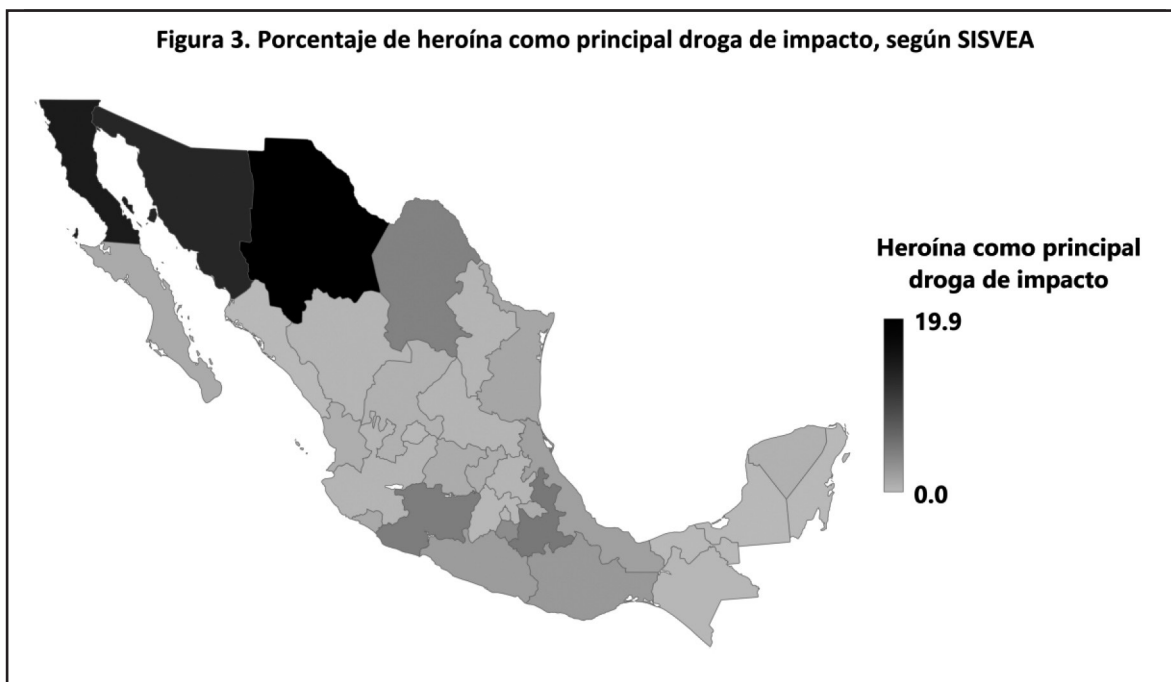
Tres guiones indica que la precisión del estudio no permite la estimación de la prevalencia de la conducta.

Aun con esta baja prevalencia, el consumo se ha extendido por 30 estados, se puede apreciar en la figura 2, que algunos estados fronterizos con EUA como Baja California (0.3%) o Chihuahua (0.2%) experimentan prevalencias relativamente más altas que otros estados del país en cuanto al consumo de heroína en el último año.



Sin embargo, cuando se analizan los datos aportados por el Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA) de 2016 (Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud, Dirección General de Epidemiología, 2016), se puede observar que los estados fronterizos tienen una mayor prevalencia de consumidores de sustancias que reportan utilizar heroína como principal droga de impacto (Figura 3). Cabe recalcar que los datos son obtenidos por medio de la recolección de información en Centros de Tratamiento y Rehabilitación No Gubernamentales de México; por lo que los datos reportados ciertamente pueden considerarse como representativos de los problemas asociados con el consumo y abuso de sustancias en los centros de tratamiento y rehabilitación presentes en cada estado.

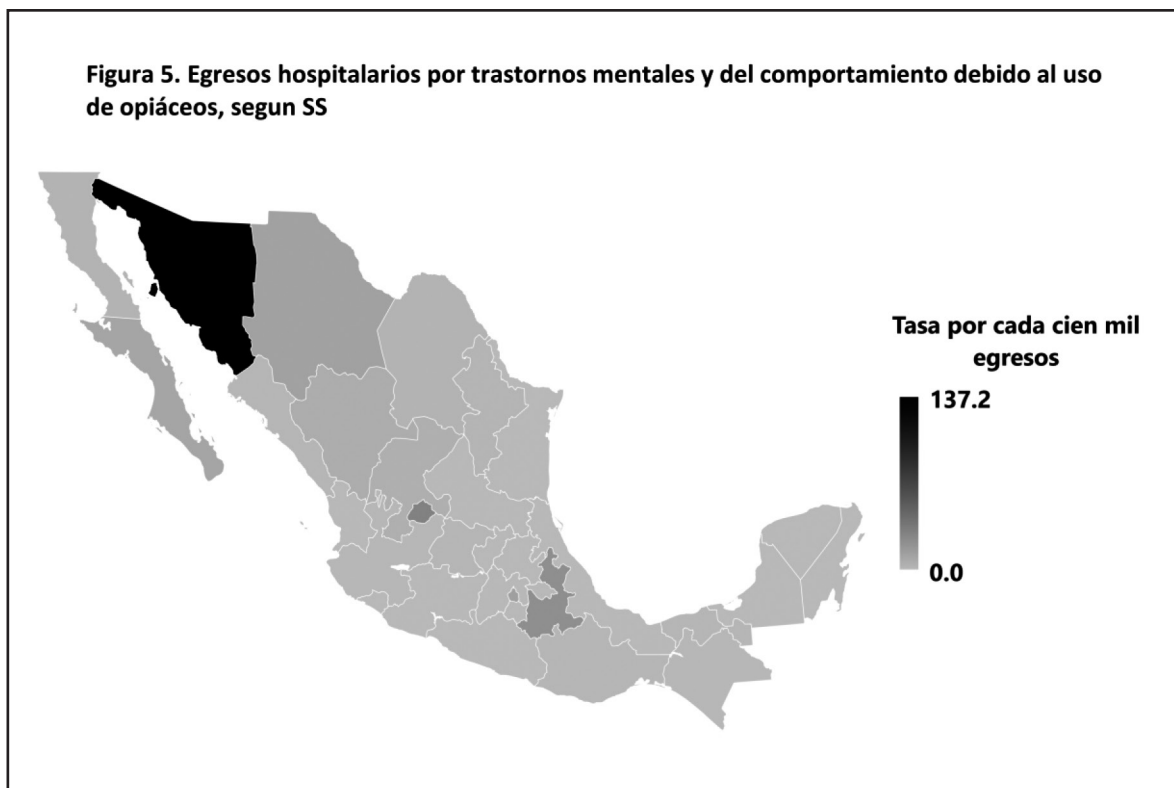
Lo anterior es consistente con los datos reportados por los Centros de Integración Juvenil (CIJ). Tal como se observa en la figura 4, los estados de la frontera norte, como Baja California y Chihuahua, presentan mayores porcentajes de usuarios de drogas ilícitas que ingresaron a sus centros por consumo de heroína (Gutiérrez, 2018). Asimismo, CIJ reporta la presencia de heroína como droga de impacto en 17 estados con una media nacional de 1.4% de los casos atendidos, donde destacan también Chihuahua (18%) y Baja California (6.2%). Otros estados con porcentajes por arriba de la media nacional son: Oaxaca (3.6%), Guerrero (2.7%), Puebla (2.6%) e igual a la media Sonora (1.4%) (CIJ, 2018).



Finalmente, otro indicador importante a considerar son los egresos hospitalarios cuya afección principal es debida a “trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de opiáceos” según el



CIE-10 reportado por la Secretaría de Salud (2006). Esta clasificación incluye “una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico” (Organización Panamericana de la Salud, 1995, p. 304). En particular, se incluye la categoría F11, que incluye trastornos por opiáceos, que la Organización Mundial de la Salud (1994) define como “pertenecientes al grupo de alcaloides derivados de la adormidera del opio (...) que tiene la capacidad de inducir analgesia, euforia, y en dosis elevadas, estupor, coma y depresión respiratoria, el término opiáceo no incluye a los opioides sintéticos” (p. 46). Los datos preliminares reportados para esta causa por la Secretaría de Salud (SS) en 2017 presentados en la figura 5, señalan que la tasa de egresos debido a esta afectación por cada 100,000 egresos es mayor en el estado fronterizo de Sonora.



Sin duda el análisis de los indicadores anteriores deja de manifiesto dos aspectos importantes con respecto al consumo de heroína y otras drogas inyectables en México. Primero, a nivel mundial México no representa un país con prevalencias altas para el consumo de drogas inyectables, tal como dicen los datos de UNODC, sin embargo, su proximidad con los Estados Unidos y Canadá representa una posición estratégica importante para el tráfico de estas sustancias al resto de América del Norte como respuesta a la demanda de estos países. Segundo, los datos a nivel nacional a través de diversas fuentes



como la ENCODAT, el SISVEA y la Secretaría de Salud, señalan de forma consistente a los estados que comparten la frontera con los Estados Unidos como las principales entidades federativas de México donde se consume heroína y otras drogas inyectables.

Sin embargo, hay que destacar algunas diferencias entre las fuentes de información. Por ejemplo, si bien Chihuahua es consistentemente identificada a través de las fuentes, no es así con Sonora, o Coahuila, pues no en todos los reportes presentan prevalencias especialmente altas. Además, salvo Oaxaca y Guerrero que han sido relativamente consistentes, otros estados que no tienen frontera con los Estados Unidos han mostrado prevalencias altas de consumo de heroína (Secretaría de Salud et al., 2016 y Gutiérrez, 2018).

Así, resulta prioritario atender e investigar esta problemática en los estados fronterizos y en el resto del país, con la finalidad de entender con mayor precisión la dinámica actual del uso de heroína en México.



Metodología del Estudio.



METODOLOGÍA DEL ESTUDIO

Objetivo General

Conocer la dimensión y el contexto del consumo de heroína en la frontera norte de México.

Tipo de estudio

Estudio de campo transversal y etnográfico a través del método Rapid Assessment. Este método busca generar evidencia con la suficiente rapidez para estudiar la extensión del uso de drogas, los costos y daños asociados al consumo; con objeto de desarrollar intervenciones adecuadas para estas comunidades. Además, promueve la reducción del daño como una estrategia para abordar los problemas de salud y sociales relacionados con las drogas.

En este método se usan distintas técnicas y estrategias que incluyen: la revisión de la información existente, estadísticas y estudios previos, encuestas de población en contacto con centros de atención y con aquéllos que no están en tratamiento, entrevistas en profundidad con informantes clave, el mapeo social, etc. (Siri & Inchaurrega, 2000). De tal forma que, la triangulación metodológica es uno de los principales componentes de este método. En el campo del uso de drogas inyectadas, el Rapid Assessment ha mostrado ser muy útil para conocer los factores conductuales y del ambiente que rodean a los usuarios, así como para incluirlos ellos mismos en las respuestas a esta problemática (Rhodes et al., 2000).

Como parte de la triangulación metodológica este estudio contempló tres componentes:

- 1) Desde un enfoque cuantitativo, la aplicación en centros de tratamiento de un cuestionario con indicadores epidemiológicos** sobre la cantidad y frecuencia de consumo de heroína y otras drogas, la edad de inicio en el consumo, las prácticas de inyección y las prácticas de riesgo, como son compartir jeringas y el intercambio de sexo o cualquier otra actividad por droga, búsqueda de tratamiento, barreras y necesidades en esta búsqueda, detenciones de la policía, discriminación, y otras problemáticas relacionadas con el consumo de drogas.
- 2) Desde un enfoque cualitativo la aplicación de técnicas etnográficas** como son: la observación, la ubicación de informantes clave y la realización de entrevistas en profundidad con usuarios de heroína, con la finalidad de conocer las características y el contexto en el que ocurre el consumo de heroína en cada ciudad.
- 3) La revisión de la literatura nacional e internacional, así como de las estadísticas oficiales de distintas instituciones de salud.** Se consideraron únicamente aquellos textos que abordan el tema del consumo de heroína en los estados de la frontera norte de México. Para ello, se recolectó información de los estados de Baja California, Sonora, Chihuahua, Coahuila, Nuevo León y Tamaulipas. No se fijó una fecha de inicio, pues se intentó abarcar la mayor cantidad posible de textos que abordaran esta temática. Sin embargo, la fecha de finalización de la búsqueda



corresponde a la tercera semana del mes de julio de 2018. Se utilizaron las bases de datos *Scopus*, *Web of Science*, *Ebsco*, *Scielo*, *Pubmed*, y *Google Académico*. Para ello se utilizaron las palabras de búsqueda y operadores booleanos siguientes: “*heroin*” OR “*opiate*” OR “*injecteddrugs*” AND “*border*” AND “*Mexico*”, así como sus respectivos equivalentes en español. El resultado arrojó un total de 273 estudios (248 de bases de datos más 25 de búsqueda manual), que tras la aplicación de los criterios señalados previamente dieron como resultado una muestra final de 85 documentos. Las estadísticas nacionales e internacionales de esta búsqueda se incluyen en capítulo de panorama epidemiológico.

Unidad de análisis y criterios de inclusión

El estudio cuantitativo en centros de tratamiento incluyó personas de 18 años o más, residentes habituales de las tres ciudades que acudieron a centros de tratamiento de tipo ambulatorio o de internamiento debido a su consumo de heroína. El estudio cualitativo-etnográfico en sitios de consumo usó el mismo criterio de edad y que las personas hubieran consumido heroína en el último mes. En ambas poblaciones se aplicaron pruebas rápidas de detección de VIH y VHC.

Tamaño de Muestra

La muestra en centros de tratamiento fue de 600 personas (200 en cada ciudad) y en sitios de consumo 391 participantes (153 en Tijuana, 158 en Ciudad Juárez y 80 en San Luis Río Colorado).

Instrumentos

a) Cuestionario

El cuestionario se aplicó cara a cara por los entrevistadores e incluyó las siguientes secciones:

- Sección 1: Datos sociodemográficos
- Sección 2: Consumo de drogas
- Sección 3: Prácticas de riesgo
- Sección 4: Consumo de alcohol y tabaco
- Sección 5: Búsqueda de tratamiento
- Sección 6: Embarazo
- Sección 7: Migración internacional
- Sección 8: Experiencias con la policía
- Sección 9: Discriminación
- Sección 10: Salud mental

b) Entrevistas

Las entrevistas a profundidad se realizaron cara a cara y se audio-grabaron por los entrevistadores, se llevó un registro de cada participante con los siguientes datos: identificación geográfica, lugar de aplicación, edad del participante y resultado de las pruebas rápida de VIH y VHC.



La guía de entrevista aplicada en sitios de consumo incluyó los siguientes temas:

- Datos individuales
- Consumo de drogas distintas a la heroína
- Historia del uso de heroína
- Consumo actual de heroína
- Percepción de la calidad de la heroína
- Parafernalia
- Efectos
- La importancia del uso de heroína en su vida
- Conocimiento de otras sustancias
- Prácticas de riesgo
- Reducción de daños
- Relación con la policía
- Experiencias de violencia
- Eventos de dolor
- Discriminación
- Lugar de residencia
- Tratamiento por consumo de drogas

c) Pruebas rápidas de detección de VIH y VHC

Las pruebas utilizadas en este estudio cumplen con los criterios de aceptación de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para los análisis serológicos en términos de sensibilidad y especificidad.

Para la detección de VIH se utilizó la prueba rápida en casete ADVANCE QUALITY™ RAPID HIV 1&2, es una prueba inmunocromatográfica rápida de oro coloidal para la detección cualitativa de anticuerpos contra el virus de la inmunodeficiencia humana en sangre entera, suero o plasma humanos. Presenta una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad del 99.7% al 100%. Para la obtención de la muestra se realizó punción capilar en dedo de la mano de aproximadamente 30µl. El procedimiento y la lectura se hicieron siguiendo el instructivo de la marca (In TEC, PRODUCTS INC).

Para la detección de anticuerpos anti hepatitis C (VHC) se utilizó la prueba rápida tipo casete ADVANCE QUALITY™ Anti HCV TEST (In TEC, PRODUCTS INC), basada en inmunocromatografía de oro coloidal mejorado para la detección cualitativa de anticuerpos contra el VHC en sangre entera humana, suero o plasma. Esta prueba presenta una sensibilidad del 99.7 al 100% y una especificidad del 97 al 99.8%. La toma de muestra de sangre capilar, el procedimiento y lectura se hicieron siguiendo el instructivo de la marca (In TEC, PRODUCTS INC).



Estrategias de campo

Antes de iniciar el trabajo de campo en los centros de tratamiento y los sitios de consumo, fue necesario consultar la información disponible en las fuentes secundarias y documentales. Es decir, lo publicado en la prensa nacional y local, así como en anuarios y reportes estadísticos que mostraban un diagnóstico previo sobre las condiciones en las que se daba el consumo de heroína y los problemas asociados en las tres entidades.

Paralelamente, se realizó la tarea de ubicar y establecer contacto con las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) que tuvieran una larga trayectoria de trabajo con la población usuaria de heroína y con las instituciones de salud que atienden a dicha población en las tres ciudades.

Previamente, el equipo de investigación realizó una visita a las tres ciudades de la frontera, con la finalidad de hacer recorridos por los sitios de consumo, centros de tratamiento y pilotear los instrumentos de medición. Además, se estableció contacto con los directores de los centros de tratamiento a quienes se les presentó el proyecto.

Capacitación

El equipo del INPRFM llevó a cabo el curso de capacitación dirigido a los integrantes de las ONGs que conformarían los equipos de entrevistadores encargados de aplicar el cuestionario y la guía de entrevista. El entrenamiento se realizó durante una semana en la ciudad de Tijuana, donde se reunieron los equipos de las tres ciudades.

Durante el curso el equipo del INPRFM capacitó a los entrevistadores en los siguientes temas: a) aplicación del cuestionario; se realizó una revisión de las secciones, analizando cada una de las preguntas del instrumento y resolviendo las dudas que se fueron presentando; b) aplicación de la guía de entrevista; se explicaron distintas técnicas para realizar las entrevistas en profundidad y las notas de campo; c) revisión del algoritmo de pruebas rápidas de VIH y VHC; se hizo hincapié en la vinculación a tratamiento, consejería y acompañamiento a las instituciones correspondientes en caso de resultados reactivos; d) aplicación de los consentimientos informados para el estudio global y el serológico; e) control de la información; se capacitó a los equipos de trabajo en la manera de transferir los audios. Asimismo, se explicó el procedimiento de llenado de formatos para control de la información de ambos instrumentos y para llevar el control de resultados de las muestras tomadas para el estudio serológico.

En el último día de la capacitación se practicó la aplicación de los instrumentos realizando entrevistas piloto con algunos usuarios. Al final de la jornada se efectuó una revisión en conjunto y se retroalimentó a los entrevistadores en la aplicación de los instrumentos. En el cierre del entrenamiento se hizo entrega a cada equipo de todos los insumos de campo (grabadoras, cuestionarios, guías de entrevistas, consentimientos informados, computadora, etc.).



Contacto con la población usuaria de heroína en centros de tratamiento

El INPRFM con el apoyo de la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y de los Consejos Estatales Contra las Adicciones de cada ciudad, realizó el contacto con las autoridades del sector salud para solicitar el directorio de los centros de tratamiento y la autorización de los directores para poder aplicar los cuestionarios. Por otro lado, la experiencia de las organizaciones de la sociedad civil permitió agilizar el trabajo de campo. Como parte de sus actividades concertaron citas con los directores y elaboraron un plan de trabajo en el que se plantearon compromisos por mes.

Contacto con la población usuaria de heroína en los sitios de consumo

El trabajo de reducción de daños realizado por los promotores de salud de las ONGs permitió el acercamiento con los usuarios. El contacto se daba durante los programas de intercambio de jeringas en sitios de consumo, se les invitaba a participar y en caso de aceptación se realizaba la entrevista. Si no podían en ese momento se agendaba una cita para regresar posteriormente o para que acudieran a las instalaciones de las ONGs.

Levantamiento de la información

La aplicación de los cuestionarios se realizó en 52 centros de tratamiento entre octubre de 2017 y marzo de 2018, algunos de estos centros fueron visitados en más de una ocasión por captar casos de nuevo ingreso de heroína. Las entrevistas en sitios de consumo de las tres ciudades se realizaron entre noviembre de 2017 y abril de 2018.

Supervisión del trabajo de campo

La supervisión de la aplicación del cuestionario y la guía de entrevista fue permanente. Durante el periodo del levantamiento de la información, el equipo de investigadores visitó las tres ciudades para supervisar la calidad y el avance de trabajo de campo mediante el acompañamiento en la aplicación del cuestionario en los centros de tratamiento, así como en la realización de entrevistas en los sitios de consumo y en las instalaciones de cada organización. Adicionalmente, como parte de la supervisión en las tres ciudades, se monitoreó la aplicación de las pruebas serológicas de detección rápida con los usuarios que acuden a los centros de tratamiento, cuidando que se siguiera el algoritmo establecido.

Otra medida adoptada para el control y calidad de la información recolectada consistió en la entrega semanal de los avances en la aplicación de los cuestionarios y entrevistas por parte de cada organización. Para esta tarea se asignó a un responsable por ciudad, quien enviaba el informe a la responsable de logística de campo del INPRM. Asimismo, se sostuvieron reuniones por videoconferencia o vía telefónica con las organizaciones, lo que permitió retroalimentar a los equipos y resolver dudas surgidas durante el trabajo de campo.



Dificultades en el trabajo de campo

Las condiciones de vida y las repercusiones del consumo de heroína en la salud de los usuarios fueron situaciones complicadas para los entrevistadores. Por ejemplo, si tenían síndrome de abstinencia o si se encontraban bajo los efectos de algún medicamento que les provocaba somnolencia, se tenía que recurrir a estrategias como darles dulces, jugos, refrescos o café, lo que les ayudaba a sentirse mejor y a que aceptaran la aplicación del cuestionario. Adicionalmente se les motivó con la entrega de un kit de higiene personal.

Por otra parte, el trabajo de campo implicó riesgos debido a la ubicación geográfica de los centros de tratamiento y sitios de consumo, ya que en las tres ciudades estaban en zonas marginadas. El equipo contó con protocolos de seguridad en caso de percibir situaciones de riesgo.

Otro factor importante fue el clima, ya que el calor extremo dificultaba la aplicación de entrevistas y en el mes de diciembre, las bajas temperaturas obstaculizaron el encontrar usuarios en sitios de consumo, debido a que comúnmente se internan para soportar el frío.

Son pocos los centros en los que hay mujeres en rehabilitación por consumo de heroína, por esta razón, desde el inicio del trabajo de campo se instruyó a los entrevistadores para que les dieran prioridad a los centros donde hubiera mujeres. Además, acercarse a las usuarias en sitios de encuentro fue difícil, pues en algunos casos ocultan su consumo. Sin embargo, a través de los participantes se logró contactar el mayor número posible de mujeres usuarias de heroína.

Análisis de datos

Para el análisis cuantitativo se realizó la codificación y captura de los cuestionarios. Los análisis estadísticos descriptivos y de comparación por ciudades se realizaron con el programa SPSS versión 21.

En el análisis cualitativo se realizó la transcripción de 150 entrevistas, 50 por ciudad. Posteriormente, las entrevistas se codificaron en distintas categorías mutuamente excluyentes, a partir de la técnica de "categorización de significados" propuesta por Kvale (1996). Lo que permitió estructurar las narraciones en unidades de información que facilitaron la comprensión de cada uno de los temas de interés, así como su ocurrencia a lo largo del discurso. Cuatro personas codificaron las entrevistas por separado para luego comparar las categorizaciones obtenidas. Las discrepancias en la codificación se resolvieron con la discusión y mediante una revisión conjunta de los relatos originales.

Consideraciones éticas

El proyecto y el consentimiento informado fueron aprobados por el Comité de Ética del INPRFM (Proyecto CEI/C/050/2017). De igual manera el addendum para las pruebas serológicas de VIH y VHC (CEI/C/060/2017). Los aspectos éticos que rigieron la investigación fueron los siguientes:



a) Consentimientos informados firmados del estudio

A través de este se le dieron a conocer a los participantes los siguientes aspectos:

- El propósito del estudio.
- El procedimiento para realizar las entrevistas.
- Los posibles riesgos y beneficios.
- La participación voluntaria y el derecho para retirarse en cualquier momento del estudio.
- Las garantías de gratuidad y confidencialidad.
- A quién dirigirse para hacer preguntas o exponer inquietudes.

En el consentimiento para la realización de pruebas rápidas de detección de anticuerpos de VIH y VHC se agregaron los siguientes aspectos:

- Aprobación para toma de muestra de sangre capilar.
- Posibles riesgos del procedimiento.
- Información sobre la infección por VIH y VHC y sus consecuencias.
- Consejería relativa a las implicaciones de un resultado presuntivo reactivo.

b) Protección del anonimato y la confidencialidad de los datos

- Para mantener el anonimato y la confidencialidad de la información, no se registró información personal como nombre, dirección, etc. de las personas entrevistadas.
- El manejo de la información recopilada en campo es de uso exclusivo del equipo de investigación y sólo para fines de este trabajo.
- En las bases de datos y en los reportes, jamás es identificado el sujeto.

c) Entrega de materiales nuevos de inyección como estrategia de intervención de reducción del daño

Una de las acciones de este estudio, fue entregar un kit de reducción de daños a cada participante en sitios de consumo, que incluía jeringas, agua destilada, algodón y condones. Así como un folleto informativo de los servicios de salud existentes en cada ciudad. Si bien este proyecto se orientó a la generación del diagnóstico, se considera que contribuyó con las intervenciones de reducción de daños dirigidas a los usuarios.



Contextos y Territorios del
Consumo de Heroína.



CONTEXTOS Y TERRITORIOS DEL CONSUMO DE HEROÍNA: UNA ETNOGRAFÍA DE LAS CIUDADES, LOS USUARIOS Y LOS SITIOS DE CONSUMO

Tijuana

La franja fronteriza México-Estados Unidos de América (EUA) está compuesta por 10 estados y el cruce fronterizo Tijuana-San Diego es uno de los más activos del mundo. La ciudad de Tijuana se localiza en el estado de Baja California, al noroeste de la República Mexicana, colinda con la frontera sur de EUA (San Diego, California), lo que la vuelve un territorio con alta movilidad poblacional y de transporte con fines turísticos, comerciales y de migración. Es considerada la zona metropolitana binacional más grande de México. Tijuana cuenta con una superficie urbanizada de 498 km². Alberga poco más de 1 millón 751 mil habitantes y se calcula que en el año 2030 superará los 2 millones 335 mil habitantes (Consejo Nacional de Población, 2015). Se considera una de las principales metrópolis del país.

Es considerada la ciudad fronteriza más importante de México y la más visitada por su oferta artística y cultural. El bullicio del centro y la zona norte es permanente día y noche, sus *antros* (clubes nocturnos) y restaurantes difícilmente están vacíos, siempre hay gente, gritos, ruido y música en sus calles. La ciudad parece que nunca duerme, que no descansa y los servicios como el trabajo sexual se ofrecen los 365 días del año. Se paga en pesos y dólares, se habla inglés y español o una mezcla de ambos. Su actividad permanente con dinero circulando, provoca también que la población en situación de calle sea parte del paisaje urbano, en el que se les observa, caminando de un lado a otro, taloneando (pidiendo dinero), reciclando (recogiendo plástico, cartón o aluminio) o trabajando como ayudantes de todo y a veces consumiendo algún tipo de sustancia. Las características de la ciudad son propicias para el consumo de alcohol y otras drogas, en esquinas, banquetas, callejones y pasajes comerciales, en un rincón lo suficientemente amplio para tomar, fumar o inyectarse.

En la zona norte de Tijuana, donde el consumo de heroína tiene más presencia, se encuentra en un ambiente constante de tensión por la violencia cotidiana que se ejerce en la zona; riñas, detenciones y asesinatos son prácticamente hechos de todos los días. La venta de drogas, el consumo y los actos delictivos son recurrentes. Por lo tanto, los operativos de la policía local, estatal, federal, a veces del ejército y la marina, son constantes. De las tres ciudades es en la que se percibe más violencia y en



donde la gente se siente con más temor por la constante disputa del territorio entre las pandillas. En contraste, es la zona más turística de la ciudad, lo que atrae visitantes de Estados Unidos, pues los precios son muy accesibles para ellos.

La mayoría de los sitios de consumo -conectas o picaderos- son casas abandonadas o deterioradas en las que viven algunos de los usuarios. En pláticas informales (no grabadas) algunos usuarios relataron que son obligados a comprar cierta droga y en sitios específicos, de lo contrario hay represalias, como amenazas con golpes, la desaparición o el asesinato. En los operativos policíacos a los sitios de consumo, se detiene a los usuarios y en ocasiones durante una semana los detienen hasta tres veces, el *tirador* (quien inyecta) es golpeado, detenido y después de varios operativos, el picadero es abandonado.

En general, los usuarios de heroína o *chiva*, llamados de manera peyorativa *tecatos*, son hombres, muchos son migrantes que han intentado cruzar la frontera o bien que han sido deportados de los Estados Unidos. Son fácilmente identificables en las calles de la zona norte de la ciudad, pues su apariencia es precaria, tienen un deterioro físico resultado de la falta de alimentación y de higiene personal. La mayoría tienen heridas en brazos y piernas, provocadas por abscesos cutáneos no atendidos a los que llaman *cuerazos*. Estas infecciones son causadas por inyecciones mal aplicadas o por el tipo de sustancias que se inyectan, derivan incluso en la amputación de alguna de sus extremidades, razón por la que algunos están en sillas de ruedas o con muletas.

En Tijuana la población usuaria de heroína vive en condiciones de pobreza, la mayoría se encuentra en situación de calle, vive en callejones o en viviendas acondicionadas debajo de puentes, en parques con poca vigilancia o en los mismos picaderos. Los usuarios dedican buena parte del día a obtener recursos para comprar sus dosis de heroína, para ello piden dinero a los transeúntes, hacen pequeños encargos, recogen materiales reciclables para venderlos, cuidan y lavan autos o limpian parabrisas.

Algunos se han involucrado en la venta local de drogas al menudeo o en prácticas delictivas, por lo que las historias de cárcel son comunes. Es frecuente que la policía los detenga y sean remitidos a la cárcel sólo por ser usuarios de heroína, sin que exista delito alguno.



San Luis Río Colorado

Por su parte, San Luis Río Colorado (SLRC) es una cabecera del municipio del estado de Sonora, colinda con la ciudad de Mexicali, a poco más de 60 kilómetros al este de donde comienza el estado de Sonora, el cual se separa de Baja California por el paso del Río Colorado. Por su clima extremo es reconocida como la ciudad más árida de México, sin embargo, existen grandes cultivos de lechuga, espárragos y algodón. La ciudad se encuentra en la frontera con el estado de Arizona, EUA y un poco más al norte se encuentra la ciudad de Yuma. Es muy común que estudiantes mexicanos cursen sus estudios en escuelas americanas. También es común que crucen para trabajar, o bien, por la cercanía a Mexicali se dé una movilidad en ambos sentidos, gente de San Luis Río Colorado que trabaja en Mexicali y viceversa.

La superficie territorial de San Luis Río Colorado es de 8,910.4 km² y su densidad poblacional es de 21.6 habitantes por km², cuenta con una población de 192,739 habitantes (al 2015) y con 53,752 viviendas, que ocupan 189,889 personas, la mayoría de estas viviendas tiene servicios de agua, electricidad y drenaje, sin embargo, más del 6% no tiene agua y drenaje, y el 3.1% no cuenta con el servicio de electricidad (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2015). Su avenida principal es la calle Obregón y es donde se desarrollan las actividades económicas y recreativas de la comunidad. Por la calle Sexta y la Carranza se ejerce el trabajo sexual, estas calles son conocidas como la zona roja o de tolerancia. Su principal actividad económica son las maquiladoras textiles y la fabricación y armado de productos electrónicos.

Al igual que en Tijuana y Ciudad Juárez, sus habitantes además de estudiar y trabajar en los EUA, es común que realicen sus compras básicas del otro lado de la frontera. Los fines de semana el flujo es a la inversa y los jóvenes americanos asisten a las diversas opciones de diversión, a un costo mucho menor que en los EUA. En San Luis Río Colorado, el consumo de drogas no es tan visible, las características de la ciudad son diferentes a las de Tijuana y Ciudad Juárez; sin embargo, existe la preocupación por la expansión del mercado del *crystal*, que ha venido en aumento en los últimos años.

El contexto en SLRC es menos tenso comparado con las otras dos ciudades; sin embargo, también hay operativos policiacos permanentes, y a veces la disputa por el mercado de las drogas ocasiona ambientes de violencia, aunque no son comparables con los de Tijuana y Ciudad Juárez. La ciudad de SLRC es pequeña y tranquila, su clima desértico de calor extremo provoca que no haya mucha actividad en las calles. Además, no tiene las características de un destino turístico como Tijuana y Ciudad Juárez.



Los sitios de consumo, al igual que en las otras ciudades, se establecen en terrenos baldíos, casas abandonadas y vecindades que tratan de mantenerse ocultas para no ser identificadas por la gente y la policía. En SLRC existe una división territorial más marcada que en las otras dos ciudades, el consumo y venta de drogas se divide por tipo de sustancia, unos territorios son para la heroína y otros para el cristal.

La población usuaria de heroína en SLRC se distingue de la de Tijuana y Ciudad Juárez. Aunque la mayoría también son hombres, migrantes o deportados, son más los originarios de la ciudad. Se ven menos en las calles y se les localiza más en los sitios de consumo. La mayoría tiene un lugar donde quedarse, ya sea en casas o predios abandonados, aunque también son espacios deteriorados y en condiciones insalubres. Otros viven en vecindades, llamadas cuarterías y a diferencia de Tijuana y Ciudad Juárez, muchos aún conservan relación con su familia, incluso viven en casa de sus padres o familiares.

Su apariencia es menos precaria y es menos visible el deterioro físico, aunque también tienen *cuerazos* en brazos y piernas. Por otra parte, si bien no se encuentran en situación de calle, es notoria su falta de alimentación. Al igual que los usuarios de Tijuana y Ciudad Juárez, ocupan la mayor parte del día en obtener dinero para comprar sus dosis, para ello se dedican a realizar pequeños trabajos e incluso se emplean más en el trabajo formal e informal y pareciera que se involucran menos en actividades delictivas. Sin embargo, al igual que en las otras ciudades, con frecuencia hay operativos policiacos y son extorsionados por consumir heroína o cristal o simplemente por traer jeringas.

Ciudad Juárez

Colinda con los estados de Texas y Nuevo México EUA al norte, con los municipios de Ahumada al sur, con Guadalupe al sureste y con Ascensión al oeste. Cubre un territorio de 4,855 km² y está a 1,150 metros sobre el nivel del mar y es el municipio de mayor tamaño de los 67 municipios del estado de Chihuahua. Su tasa de crecimiento ha sido del 4.24% de 2010 a 2015 y si se mantiene la tendencia para los siguientes años, la población superará la cifra de 1 millón 400 mil habitantes (Plan estratégico de Juárez A.C., 2017).

Se destaca por ser una ciudad industrial maquiladora, cuenta con grandes centros comerciales y amplios fraccionamientos habitacionales. Reconocida por su gastronomía mundial, Juárez como le llama la mayoría, se caracteriza al igual que Tijuana, por su población flotante, principalmente el



constante flujo de población migrante y deportada que no siempre se queda en la ciudad. Como las otras entidades fronterizas, presenta un flujo permanente de gente que cruza todos los días al Paso Texas, ya sea para trabajar, estudiar o ir de compras. El fin de semana el cruce es a la inversa, estudiantes y empleados que de lunes a viernes permanecen en la ciudad vecina del norte, regresan a Juárez el fin de semana con su familia.

La ciudad se divide en polígonos y cada uno se identifica por el desarrollo de su infraestructura como, por ejemplo, hacia las orillas de la ciudad, se encuentran pequeñas casas de construcción precaria, de las cuales la mayoría no cuenta con los servicios básicos de agua, luz, drenaje o recolección de basura. Es frecuente que en algunos barrios de la ciudad se observe el abandono de las casas, áreas en las que son más las casas deshabitadas que las habitadas. Es común encontrar en estos barrios *mercados de segunda*, es decir, puestos de mercancía y productos usados, a veces nuevos, nacionales y de EUA, que se venden a lo largo de las calles. Este es uno de los sectores del comercio informal más socorridos en la ciudad, después de la maquila.

En el centro de la ciudad se concentran los ambientes más propicios para la diversión y la vida nocturna empieza a las 12 del mediodía y acaba hasta la madrugada del día siguiente. El centro es un punto ineludible para sus habitantes, ya que todos los transportes públicos llegan, salen o pasan por ahí. Es además el principal territorio en el que se da el consumo y venta de drogas, el trabajo sexual y la delincuencia. Ciudad Juárez es una ciudad compleja, considerada una de las más peligrosas del país, marcada por los feminicidios que no han dejado de ocurrir por lo menos desde hace dos décadas y por la violencia constante hacia las mujeres y los jóvenes; situación que ha llevado a que grupos de la sociedad civil se organicen para exigir justicia para todas las víctimas.

El consumo en Ciudad Juárez se concentra en la zona centro y colonias aledañas, de acuerdo con los relatos de los usuarios, el mercado de drogas está controlado por pandillas que se disputan la venta de ciertas sustancias por territorio, incluso al punto de prohibir la venta de algunas de ellas, como es el caso del cristal. Según algunos usuarios, la venta o el consumo de esta sustancia significaría prácticamente una sentencia de muerte. En el centro, donde se encuentra la mayor parte de los sitios de consumo (picaderos), a veces también hay venta de heroína. Estos picaderos son muy parecidos a los de Tijuana; son casas deterioradas, abandonadas o terrenos baldíos llamados *tapias*. También hay habitaciones en vecindades para una persona, para parejas o familias, en las que regularmente todos los inquilinos son usuarios de heroína. La mayoría de los sitios de consumo son insalubres, no cuentan con servicios de luz, gas y agua, no tienen donde cocinar ni donde bañarse.



El hostigamiento y las detenciones por parte de la policía, al igual que en Tijuana, son constantes. Mientras se realizó el trabajo de campo, hubo por lo menos tres operativos donde golpearon principalmente a las personas que inyectaban a otros usuarios.

La población usuaria de heroína en esta ciudad se parece a la de Tijuana. Sin embargo, existen algunas diferencias, también viven en condiciones de precariedad, aunque la población en situación de calle es menor. Una proporción importante son migrantes y deportados, no obstante, la mayoría nació en Ciudad Juárez lo que les permite mantener relación con sus familias, aunque algunos ya no vivan con ellas. Su deterioro físico es visible, también con heridas en brazos y piernas, algunos con lesiones graves y otros ya han perdido alguna de sus extremidades. Al igual que en Tijuana y SLRC, tienen problemas de alimentación y pocas opciones para atender su higiene personal.

En cuanto al lugar donde habitan los usuarios se observan tres grupos, algunos todavía viven con la familia, otros viven en cuartos de vecindades, en casas abandonadas (a veces de familiares) y otros en terrenos baldíos (tapias). Es común que todos estos lugares funcionen como picaderos los cuales comparten con más usuarios o con las parejas quienes regularmente también son consumidores(as) de heroína. Se emplean en trabajos informales, como ayudantes en los tianguis, en trabajos de calle, cuidando o lavando autos y algunos tienen trabajos más estables.



Resultados Generales



COMPONENTE EPIDEMIOLÓGICO EN CENTROS DE TRATAMIENTO

Los siguientes resultados están basados en el total de la muestra, es decir en los 600 cuestionarios aplicados en centros de tratamiento en las tres ciudades fronterizas. Solo en algunas variables específicas, se indica en la tabla correspondiente, si la muestra de referencia es diferente.

Se presentan los datos generales de cada tema abordado y las comparaciones estadísticas, las cuales se realizaron a través de pruebas *z* para variables categóricas y pruebas *t* o *análisis de varianza* para variables continuas, con comparaciones posteriores. En todos los casos, se utilizó un nivel de significancia de $p < 0.05$.

Además de los cuadros y gráficas, se incluyen distintos testimonios obtenidos de las entrevistas en profundidad, con la finalidad de mostrar desde la narrativa de los usuarios, algunas de sus experiencias relacionadas con los temas abordados en esta sección.

Características sociodemográficas

El 89.7% son hombres y el 10.2% mujeres; por estado civil, el 55.1% son solteros, el 20.2% vive en unión libre y el 10.7% son casados. Por nivel escolar, el 26.7% estudió hasta la primaria, el 42.5% la secundaria y solo el 3.7% la universidad. Por grupos de edad un tercio (29.2%) de la muestra total se encuentra entre los 30 y 39 años. La media de edad de las mujeres es de 32.9 años (con un rango de 37 años) y la de los hombres es de 40.2 años (con un rango de 51 años) (Cuadro 1).

La principal fuente de ingreso de la población es a través de un empleo informal (39.5%) como albañilería, lavar carros, venta de dulces, solo el 26.7% trabaja en un empleo formal. Otros mencionaron trabajar en la venta de drogas (4.7%), trabajo sexual (2.2%) y otras fuentes ilegales (7.8%).

El ingreso percibido de los usuarios se podría clasificar en tres principales intervalos, el 26.5% percibe hasta 2 veces el salario mínimo mensual (\$2402 a \$4,802.00). El 35.8% de 2 a 4 salarios mínimos mensuales, es decir de \$4,803.00 a \$9,608.00. Y por último el 37.8% percibe más de 4 salarios mínimos mensuales (\$9,609.00 o más) en el cuadro 2 se desglosan los ingresos mensuales.



Cuadro 1. Características Sociodemográficas

	%
Sexo	
Mujeres	10.2
Hombres	89.7
Estado Civil	
Casado(a)	10.7
Unión Libre	20.2
Separado(a)	6.8
Divorciado(a)	6.0
Viudo(a)	1.2
Soltero(a)	55.1
Nivel Educativo	
Nunca ha asistido a la escuela	1.8
Primaria	26.7
Secundaria	42.5
Preparatoria	24.3
Carrera Técnica	1.0
Universidad	3.7
Edad	Media
Mujeres	32.9
Hombres	40.2
Edad por grupos	
18-29	21.7
30-39	29.2
40-49	28.7
50 o más	20.5

Hombre, 39 años, SLRC:

“Estoy soltero ahorita, tuve mi pareja, pero, por andar consumiendo, quebré ahí con ella. Ella también andaba usando conmigo, pero ya tiene ella ¿qué? 5 años limpia¹, dejó de consumir”.

Hombre, 38 años, SLRC:

“Estaba muy difícil para mi papá, para pagar estudios y todo eso, y sí podía haberlo pagado, pero yo ya no quise, ya no quería estudiar preferí trabajar”.

¹ Tener un tiempo sin consumir heroína o cualquier otra sustancia.



Cuadro 2. Ingreso mensual

	%
Ingreso mensual	
No tuvo ingresos	3.9
Menos de un salario mínimo	3.9
Un salario mínimo (\$2401.00)	2.0
Hasta 2 veces el salario mínimo (\$2402 a \$4,802.00)	16.7
De 2 a 4 salarios mínimos (\$4,803.00 a \$9,608.00)	35.8
De 4 a 6 salarios mínimos (\$9,609.00 a \$14,407.00)	18.4
De 6 a 8 salarios mínimos (\$14,408.00 a \$19,209.00)	7.8
Más de 8 salarios mínimos (19,210.00 o más)	11.6

Hombre, 35 años, SLRC:

“La verdad pues mi trabajo es lavar carros, hacer limpiezas, en mil usos pues, lo que se me presenta adelante”.

Otra característica de la población es que cambia constantemente de lugar de vivienda, reportando comúnmente haber vivido en centros de internamiento (91%), en la casa o departamento de padres (53.4%), en casas abandonadas como *picaderos, yongos o tapias*² (43.7%), cuarto de renta (hotel o vivienda) (39.2%), en calles, lotes o puentes (34.6%), en centros penitenciarios (32%), así como en compuertas (9.1%), panteones (9.1%), iglesias (6.8%) y en centrales camioneras (6.1%), otros lugares se pueden observar en el cuadro 3.

Cuadro 3. Lugares donde vivió la población en los últimos 12 meses

	%
Lugares donde vivió la población	
Centros de tratamiento	91.0
Casa o departamento de padres	53.4
Casas abandonadas (picaderos)	43.7
Cuarto de renta (en hotel o vivienda)	39.2
Calles, lotes, puentes	34.6
Centros de detención o penitenciarios	32.0
Carros, autobús, camión u otro vehículo	22.4
Albergues	16.7
Albergues para migrantes	9.6
Compuertas	9.1
Panteones	9.1
Iglesias	6.8
Centrales camioneras	6.1

² Sitio de consumo de heroína, establecido en casas abandonadas, vecindades, cuartos (cuarterías) y terrenos baldíos, en Ciudad Juárez y San Luis Río Colorado también se le conocen como tapias.



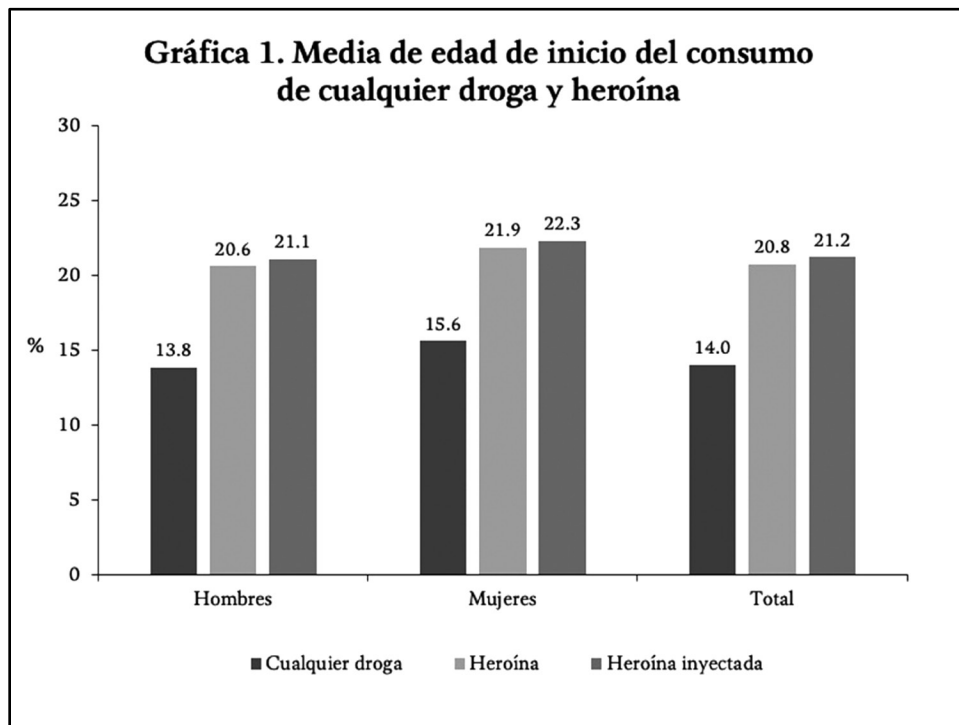
Mujer, 39 años, SLRC:

“Y me metí a vivir a las tapias, a las calles, yo sola juntándome con otros tecatos³, enseñándome a que me tiraran⁴ otras personas con otros adictos igual que yo y así hasta la fesha, horita ya soy experta en tirar, ya soy experta en todo en la calle [risas]”.

Consumo de heroína

Edad de inicio de consumo de drogas y de heroína

La población inició el consumo de drogas a los 14 años, a los 20.8 años consumieron heroína por primera vez y a los 21.2 años iniciaron el consumo vía intravenosa (Gráfica 1).



³ Nombre coloquial con el que se conoce al consumidor de heroína, usado regularmente de manera peyorativa.

⁴ Inyectarse heroína o cualquier otra sustancia.



Hombre, 35 años, SLRC:

“A los 10 años, 9, 10 años ya andaba picando [empecé] rumbo a la escuela, iba yo a la escuela, con un amigo que vivía ahí cerca de la casa, el fumaba mota pues y yo llegaba a fumar mota ahí con él. Un día que llegué a fumar mota estaba él inyectándose y él me ofreció, me ofreció y yo no quise el primer día, sino que después volví a o sea constante diario, iba pasaba yo a fumar mota antes de irme a la escuela y ya como a la semana pues ya, acepté que, que me inyectara unas gotas y ya de ahí, pues ya, desde ahí pa’ delante”.

Las comparaciones por ciudad indican que la edad de inicio de cualquier droga es significativamente más temprana en Ciudad Juárez (CJ) que en San Luis Río Colorado (SLRC); mientras que la edad de inicio para el consumo de heroína y su transición al consumo vía intravenosa se presenta a menor edad en SLRC que en Tijuana (Tj) (Cuadro 4).

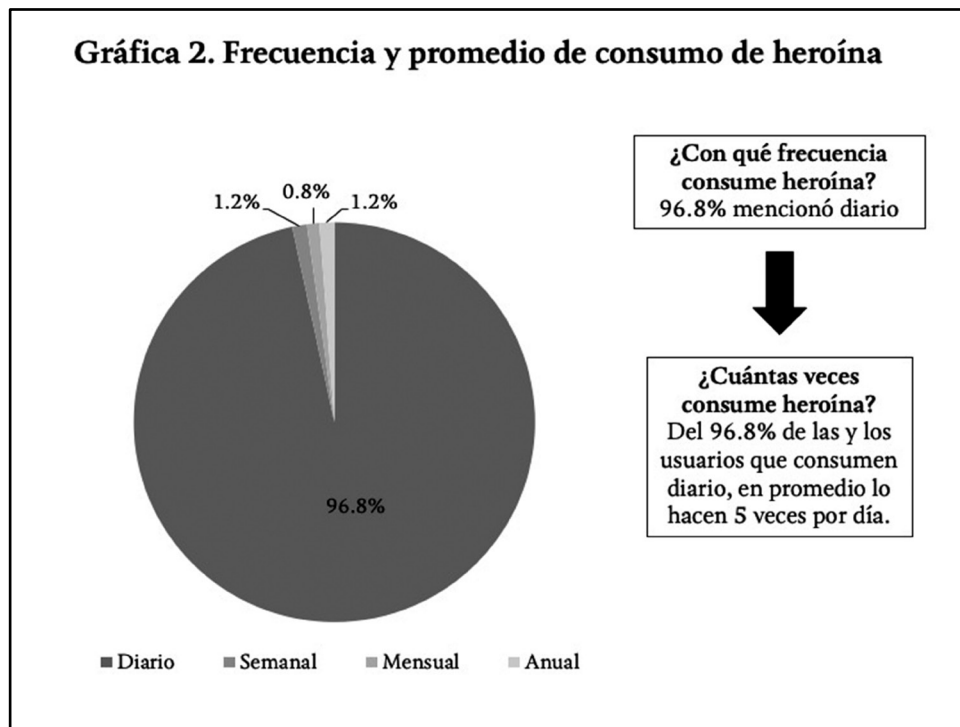
Cuadro 4. Media de edad de inicio del consumo de drogas y heroína

Drogas	Tijuana Media	SLRC Media	Ciudad Juárez Media	Diferencias significativas p < 0.05
Cualquier droga	14.0	14.5	13.6	CJ < SLRC
Heroína	21.8	20.0	20.4	SLRC < Tj
Heroína inyectada	22.4	20.4	20.9	SLRC < Tj

Prácticas de consumo

a) Cantidad y frecuencia

El patrón de consumo de heroína de los usuarios antes de ingresar a tratamiento era alto en frecuencia y cantidad. El 96.8% mencionó que consumía diario la sustancia y en promedio 5 veces por día (Gráfica 2), la vía intravenosa es la principal forma de administración en las tres ciudades.



Hombre, 38 años, SLRC:

“Al principio lo hacía cada semana, así un día a la semana, un día después ya empecé a hacerlo cada tres días y ya después ya era de diario”.

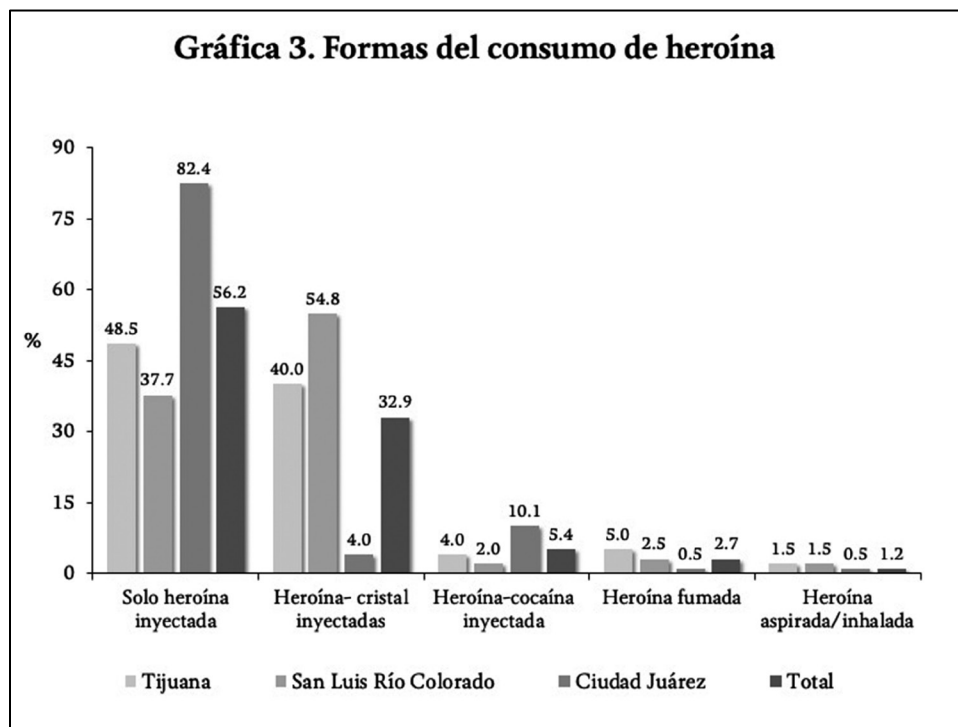
Al comparar los datos por ciudad, la población de Ciudad Juárez fue la que tuvo un patrón de consumo promedio de heroína significativamente más alto (6 veces por día) que Tijuana y SLRC (4.6 veces Tijuana y 4.5 veces SLRC por día).

Hombre, 38 años, SLRC:

“Consumo mucho [...] pues no sé unos ochocientos, mil pesos diarios y me inyectaba como unas ocho o diez veces al día”.

b) Formas del consumo de heroína y combinación con otras drogas

Al preguntar a la población la principal forma de consumo de la sustancia, el 56.2% mencionó que sólo consume heroína y de forma inyectada, el 32.9% consume heroína con metanfetaminas (cristal) y el 5.4% consume heroína con cocaína (*speedball*). Otras formas de consumo presentaron porcentajes muy bajos (Gráfica 3).



La forma de consumo de heroína varía entre las ciudades; el consumo de heroína inyectada, sin combinarla con otras drogas es significativamente más alto en Ciudad Juárez (82.4%) que en las otras dos ciudades. Mientras que el consumo de heroína con metanfetaminas (cristal) es más alto en SLRC (54.8%) que en Tijuana y Ciudad Juárez. Por su parte, Tijuana (5%) presenta un consumo de heroína fumada estadísticamente más alto que Ciudad Juárez (0.5%); a su vez en Ciudad Juárez (4%) la mezcla de heroína y cocaína (speedball) también es significativamente más alta comparada con SLRC (2%).

Mujer, 53 años, Tijuana:

“Lo meto con cristal, entonces pongo el pedazo de heroína, que vaya siendo ya sea un tostón⁵ o un cien o tal vez un cien y un tostón así ¿verdad?, lo pongo en la cuchara pongo el cristal [...] De hecho si me pongo pura chiva me duermo, o si me pongo puro cristal me tiene así toda histérica, tengo que por fuerza revolverlo”.

⁵ Manera coloquial de decir cincuenta pesos.



c) Tipo de heroína consumida

La mayor parte de los usuarios refiere que la heroína que consumen es la goma negra (83.2%), el polvo café (20.6%) y el polvo blanco (7.7%). Por ciudad, en Ciudad Juárez el porcentaje de consumo de goma negra fue mayor (87%), aunque la diferencia con las otras ciudades no es estadísticamente significativa; mientras que el uso del polvo café y el polvo blanco es significativamente más alto en SLRC y Tijuana que en Ciudad Juárez (Cuadro 5).

Cuadro 5. Tipo de heroína consumida

Heroína consumida	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Goma negra	84.5	78.0	87.0	NS
Polvo café	23.0	30.7	8.0	Tj y SLRC > CJ
Polvo blanco	13.0	8.0	2.0	Tj y SLRC > CJ

NS: No significativo.

Hombre, 50 años, Ciudad Juárez:

“La heroína todos la conocemos como goma de opio negra, pegajosa o en piedrita o en polvo, mushos le dicen polvo canelo porque es como polvito café y cuando la diluyes, se hace como canelita, otros le dicen sangre de pichón porque es gomita y a la hora de esharla y cuquearla⁶, cocinarla⁶ y le quemas, entons se pone un color como red wine, como el vino rojo tinto, ese bonito ¡ay sangrita de pichón!”.

d) Percepción de pureza en la heroína

La percepción de la población sobre la pureza de la heroína es que ha disminuido (79.1%). Únicamente un 6.3% considera que ha aumentado y el 14.6% considera que la pureza es la misma que antes. Las diferencias por ciudad se describen en el cuadro 6.

Cuadro 6. Percepción de pureza en la heroína

Nivel de pureza de la heroína	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Ha aumentado	7.2	6.5	5.1	NS
Ha disminuido	73.8	75.5	87.7	CJ > Tj y SLRC
Sigue igual	19	17.9	7.2	Tj y SLRC > CJ

NS: No significativo.

⁶ Preparar las dosis de heroína u otra droga inyectable en un pequeño recipiente hondo de aproximadamente 5 cm., conocido como cuca o cacharro., el cual se calienta para mezclar y disolver la sustancia en agua antes de inyectarse.



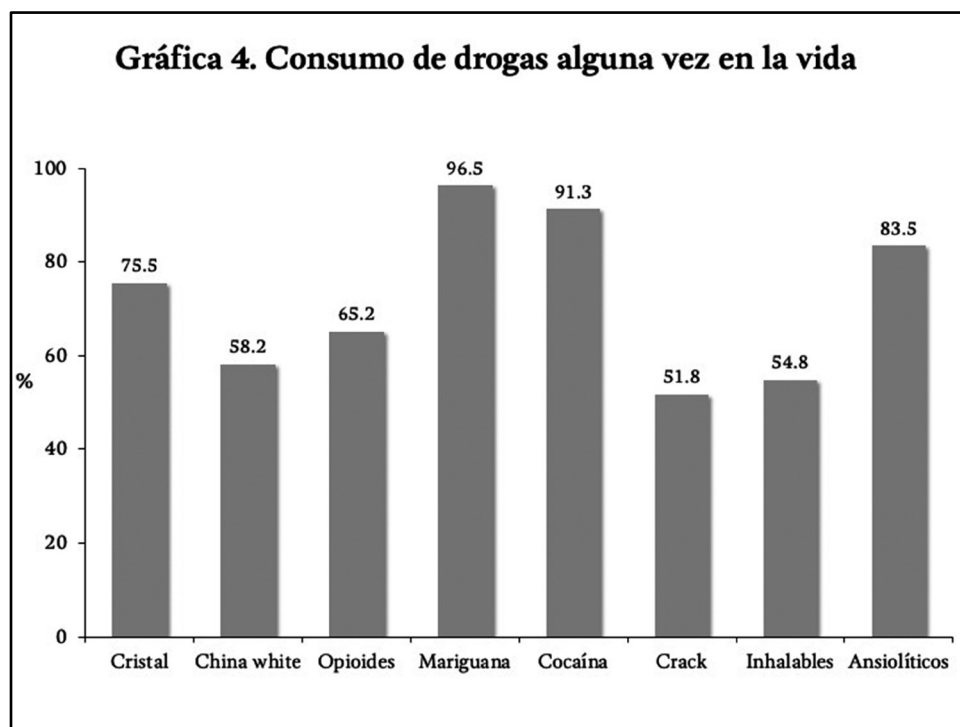
Hombre, 40 años, Tijuana:

“Que hay más sobredosis que antes pues porque antes la chiva⁷ estaba más, o sea, estaba más buena, pero estaba un poco más pura no tenía tanto, tanto pinche químico y ahora no, ahora le echan chingadera y media que no saben ni qué”.

Consumo de otras drogas

a) Consumo alguna vez en la vida

La mariguana es la droga que ha consumido casi toda la población alguna vez en la vida (96.5%), le sigue la cocaína (91.3%), los ansiolíticos (83.5%), las metanfetaminas (cristal) (75.5%), los opioides fuera de prescripción médica como la oxicodona, tramadol, buprenorfina, etc. (65.2%), la china white⁸ (58.2%), los inhalables (54.8%) y el crack mejor conocido como piedra (51.8%) (Gráfica 4).



Hombre, 50 años, Tijuana:

“esa es más fuerte que la heroína [china white] haz de cuenta que es la heroína, pero con más fuerza, como pura, la china white te pega ¡ahhhh! te pegas un fierrazo⁹ ¡ayyy, que a toda madre!

⁷ Nombre como la población usuaria conoce a la heroína.

⁸ La china white los usuarios la refieren como un tipo de heroína más potente o como heroína sintética o blanca.

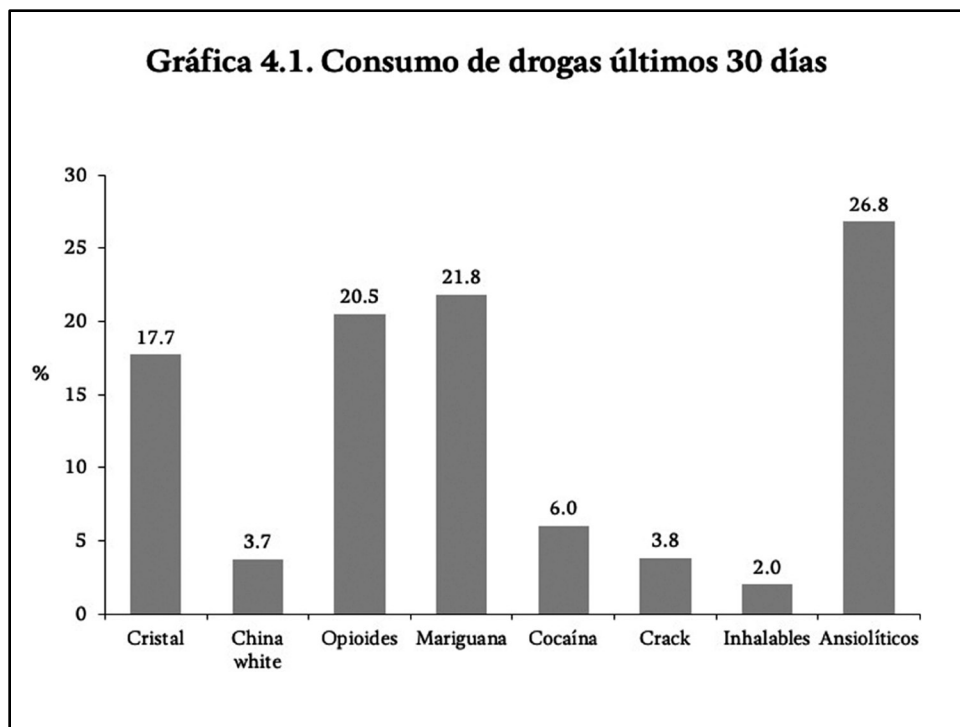
⁹ Fierrazo. Es la acción de inyectarse la heroína, haciendo referencia a la introducción de aguja (de metal) a la vena del usuario.



b) Consumo últimos 30 días

El consumo actual presenta los siguientes porcentajes: ansiolíticos 26.8%, marihuana 21.8%, opioides 20.5%, metanfetaminas (cristal) 17.7%, cocaína 6%, crack 3.8%, china white 3.7% e inhalables 2% (Gráfica 4.1).

Al comparar por ciudad, se encontró que las metanfetaminas (cristal) y la china white se consumen más en Tijuana que en las otras dos ciudades y en SLRC más cristal que en Ciudad Juárez, mientras que en ésta última se consumen más opioides sin prescripción y cocaína que en las otras dos ciudades. Respecto a la marihuana y los ansiolíticos en Tijuana y Ciudad Juárez se consumen más que en SLRC. Finalmente, los inhalables se consumen más en Ciudad Juárez que en SLRC (Cuadro 7).



Mujer, 53 años, Tijuana:

“Yo empecé a drogarme, ya grande tenía como cuarenta y tantos, como cuarenta y tres años yo creo [...] La primera droga que consumí fueron pastillas [...] pero como yo empecé a aumentar la dosis dormía mucho y una vecina me dijo que inhalara cristal [...] y me gustó y ahí seguí comprándola”.



Cuadro 7. Consumo de drogas últimos 30 días

Sustancia	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Metanfetaminas (Cristal)	32.0	14.5	6.5	Tj > SLRC y CJ; SLRC > CJ
China white	8.0	2.0	1.0	Tj > SLRC y CJ
Opioides	16.0	9.0	36.5	CJ > SLRC y Tj
Mariguana	23.0	13.5	29.0	Tj y CJ > SLRC
Cocaína	3.5	2.0	12.5	CJ > SLRC y Tj
Crack	1.0	--	10.5	CJ > Tj
Inhalables	1.0	0.5	4.5	CJ > SLRC
Ansiolíticos	30.0	17.5	33.0	Tj y CJ > SLRC

c) Consumo de opioides de prescripción médica.

Los principales opioides consumidos fuera de prescripción son: tramadol (82.7%), darvón (35%), metadona (24.9%), oxicodona (10.3%), hidrocodona (8.4%) y buprenorfina (2.2%). Los porcentajes por ciudad del consumo de estos medicamentos se muestran en el cuadro 8.

Cuadro 8. Opioides consumidos por la población*

Sustancia	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %
Tramadol	73.6	79.6	91.0
Darvón	31.8	37.9	35.3
Metadona	23.6	34.0	19.9
Oxicodona	12.7	18.4	3.2
Hidrocodona	14.5	12.6	1.3
Buprenorfina	3.6	--	2.6

* Se muestra el porcentaje de casos (los casos están basados en las respuestas).

Mujer, 34 años, Tijuana:

“Oh, el tramadol porque me lo dieron, me dijeron que con ese calmaba la ansiedad según acá para el dolor y eso pero, a mí no me calmó ni madres, dije: no siento que funcione. Este oxi...el ¿cómo? oxicodón me dijeron que me iban a traer este medicamento del otro lado ¿no?”.



d) Consumo de fentanilo

La mayoría de la población mencionó que no ha consumido fentanilo y que no lo conoce. Únicamente seis usuarios en centros de tratamiento mencionaron que han consumido la sustancia fuera de prescripción médica alguna vez en la vida y tres de ellos en los 30 días previos al estudio.

Es importante mencionar que, de los seis casos, cuatro fueron mujeres. La media de inicio de consumo de esta sustancia fue a los 22.7 años y en promedio llevan 2.5 años consumiendo fentanilo.

De los usuarios que consumieron fentanilo, 4 mencionaron haberlo consumido diario, con un promedio de consumo de siete veces por día. La vía de administración de la sustancia fue inyectada en cinco casos y uno inhalada.

Entre los efectos y sensaciones que les provocaba el fentanilo los usuarios mencionaron textualmente lo siguiente: *“placer y olvido de todas las preocupaciones”, “relajamiento”, “todo pasaba de manera muy lenta”, “sentía felicidad y que me salía de mi conciencia”*.

La población que refirió haber consumido fentanilo, lo conoce como china white, M 30, heroína sintética y polvo blanco, aunque no se tiene la seguridad de que estas sustancias sean fentanilo.

De los seis casos, cuatro mencionaron que conseguían el fentanilo en la calle, uno en el punto de venta y otro mencionó que con un amigo.

Hombre, 79 años, Tijuana:

“Sé que es opioide químico, que es más fuerte que 50 veces que la heroína y que ha estado ocasionando miles de muertes anualmente en Estados Unidos y que la gente lo está buscando por las nuevas sensaciones o por el deseo de sentir algo más fuerte, algo diferente. Y hay otra parecida al fentanilo que, que es ¡más fuerte!, el doble del fentanilo y que están castigando a la gente que lo está traficando muy fuerte por el daño que están causando a los adictos”.



Sobredosis

De los usuarios que han experimentado sobredosis alguna vez en la vida (66.8% equivalente a 401 casos), en promedio han tenido 4.2 sobredosis, mientras que en los últimos 12 meses (24.7% equivalente a 148 casos), el promedio fue de 2 sobredosis. No se encontraron diferencias significativas al comparar las medias de sobredosis entre las ciudades (Cuadro 9).

Cuadro 9. Sobredosis experimentadas

	Tijuana Media	SLRC Media	Ciudad Juárez Media
Sobredosis experimentadas en la vida	4.0	4.4	4.3
Sobredosis experimentadas en los últimos 12 meses	3.0	1.9	1.6

Mujer, 34 años, Tijuana:

“Sí aja, sí y este no tuve cuidado en la cantidad, o sea compré tanto, me dieron un puñote y todo se lo eché a la cuchara, se me hizo fácil así y, porque estaba peliada con mi ex ma... o sea con mi ex marido, nomás le di 10 rayas¹⁰ y me metí 30 y ¡ámonos! que ya no desperté y cuando desperté estaba en una tina con agua con hielos, estaban bien asustados todos pensando en que yo no me iba a poder levantar; y luego me levanté y quise correr y no caminaba [risa]”.

a) Revirtiendo las sobredosis

El principal método empleado por los usuarios que han tenido alguna sobredosis para contrarrestar los efectos es agua con sal inyectada (32%), seguido de ir o hablar a los servicios de emergencia (29.5%), el uso de hielo en diferentes partes del cuerpo (13.4%). En la opción de otras formas de revertir las sobredosis, 36 personas (9%) mencionaron que han recurrido a los golpes. Muy pocos indicaron haber usado naloxona para revertir la sobredosis (1.6%).

En las tres ciudades, el agua con sal es el método más usado, con porcentaje más alto en Ciudad Juárez, pero las diferencias no son estadísticamente significativas. En Tijuana (36.7%) y SLRC (36.9%) el uso de los servicios de emergencia es significativamente más alto que en Ciudad Juárez (17.6%); también se encontró que en SLRC (18.9%) el porcentaje del uso de hielo es estadísticamente más alto que en Ciudad Juárez (7.4%) (Cuadro 10).

¹⁰ Una raya es el equivalente a una unidad de una jeringa de insulina.



Cuadro 10. Método empleado para revertir la última sobredosis

Tipos de método	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas $p < 0.05$
Sal inyectada	30.5	28.8	35.8	NS
Servicios de emergencia	36.7	36.9	17.6	Tj y SLRC > CJ
Hielo	15.6	18.9	7.4	SLRC > CJ
Naloxona	1.6	1.8	1.4	NS

NS: No significativo.

b) Personas que han ayudado a los usuarios a revertir la sobredosis.

Los amigos de los usuarios son quienes principalmente los han ayudado a revertir sus sobredosis (42.1%), también han recibido ayuda del personal de servicios médicos (13.2%), de sus esposos/as o pareja (7.5%) y de desconocidos (7.3%).

Mujer, 53 años, Ciudad Juárez:

¿Y ha visto usted gente doblarse¹¹ también?

Sí he mirado, una vez sí miré a uno y ése sí se murió, pus era mi amigo y este bato dijo, “hay que salir de aquí porque ya se murió” y agarré mi mochilita y ahí lo dejé, ahí nos vemos y quién sabe si llegaría la policía, no sé, no me di cuenta, pobrecito.

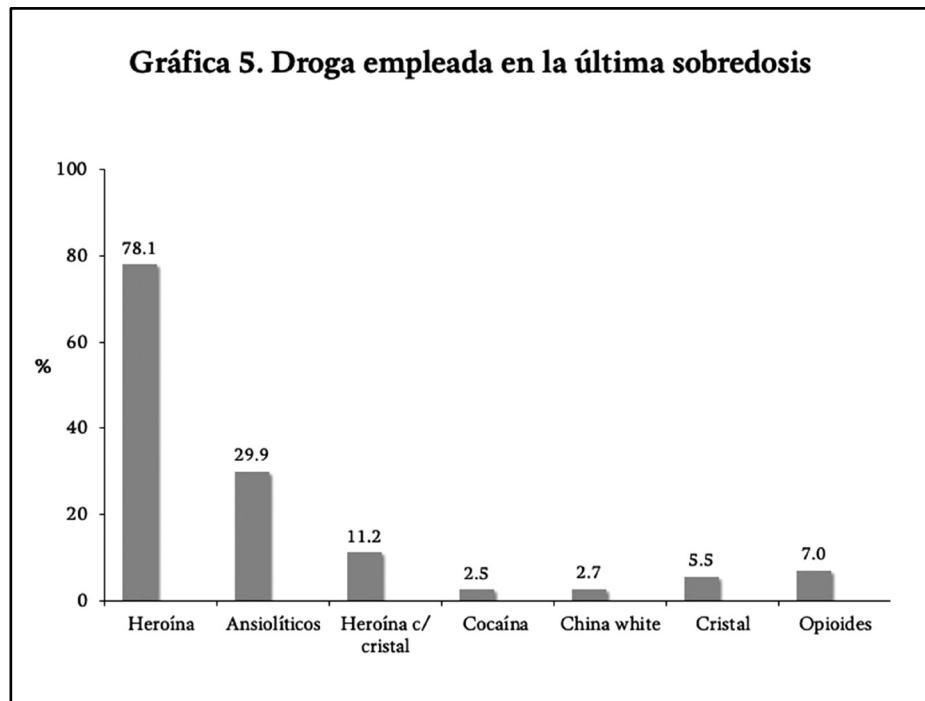
c) Droga consumida en la última sobredosis

La droga que consumió la población en su última sobredosis¹² fue principalmente heroína sola (78.1%), seguido de ansiolíticos (29.9%) y heroína con cristal (11.2%); otras drogas se reportaron en menor proporción (Gráfica 5). El 96.3% mencionó que se inyectó alguna droga en su última sobredosis.

Cuando se les preguntó a los usuarios sobre las ciudades en donde habían experimentado su última sobredosis las respuestas fueron las siguientes: el 35.9% indicó Ciudad Juárez, 29.2% Tijuana, 18.5% SLRC, 8% Mexicali, 4% mencionó que en una ciudad no fronteriza de Estados Unidos y 2.2% señaló que en una ciudad fronteriza de Estados Unidos.

¹¹ Haber experimentado una sobredosis de heroína.

¹² Es importante señalar que las respuestas están basadas en el auto reporte de la población entrevistada.



d) Situaciones relacionadas con la última sobredosis.

El 19.6% de la población que experimentó una sobredosis, mencionó que en las dos semanas previas había estado detenido por 3 días o más, el 27.2% había dejado de usar drogas por 3 días o más, ya que estaba en tratamiento y el 17.8% había dejado de usar drogas por 3 días o más por alguna otra razón.

El 42.6% mencionó que su última sobredosis le ocurrió en su casa, el 27.3% en un picadero, el 16.5% en otro lugar (*casa de amigo/a, en una tapia o yongo/canal de agua/en una conecta¹³/en un cerezo/en un hotel*) y el 13.5% en la calle.

¹³ Lugar en donde compran o consiguen heroína u otras drogas.



Prácticas de riesgo

Respecto a las prácticas de riesgo asociadas al consumo de drogas vía intravenosa, los resultados indican lo siguiente:

En cuanto a la práctica de compartir jeringas:

- El 75.1% prestó a alguien una jeringa que previamente ya había usado
- El 69.8% usó una jeringa que alguien más ya había usado
- El 60.8% nunca limpió una jeringa con cloro antes de usarla
- El 72.7% dividió drogas usando una misma jeringa
- El 79% usó parafernalia que alguien más ya había usado
- El 15.4% compró drogas ya preparadas en una jeringa

Por ciudad los usuarios de SLRC y Ciudad Juárez prestaron una jeringa que alguien más ya había usado y dividieron drogas usando la misma jeringa en mayor proporción que los usuarios de Tijuana. Los usuarios de esta última ciudad suelen comprar drogas ya preparadas en una jeringa en mayor proporción que los de Ciudad Juárez. Mientras que el nunca limpiar las jeringas con cloro antes de usarlas, tiene un porcentaje mayor en SLRC que en Ciudad Juárez. En las tres ciudades se usan jeringas y se comparte parafernalia que alguien más ya había usado en porcentajes altos (Cuadro 11).

Cuadro 11. Prácticas de riesgo asociadas a la inyección de heroína y otras drogas

Prácticas de riesgo	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas $p < 0.05$
Dio, rentó o prestó a alguien una jeringa que previamente había usado	64.9	77.3	82.8	SLRC y CJ > Tj
Usó una jeringa que alguien más ya había usado	67.0	70.6	71.9	NS
Nunca limpió una jeringa con cloro antes de usarla	58.8	68.6	55.3	SLRC > CJ
Dividió drogas usando la misma jeringa	58.8	78.2	80.9	SLRC y CJ > Tj
Usó parafernalia que alguien más ya había usado	74.7	78.9	83.4	NS
Compra drogas ya preparadas en una jeringa	20.6	16.5	9.1	Tj > CJ

NS: No significativo.



Mujer, 38 años, Tijuana:

“Sí. [...] sí he compartido jeringas. [...]. Cuando llegué en veces de la penitenciaría o llegaba malilla¹⁴ [síndrome de abstinencia] o me levanta malilla y si no tenía dinero pos me tenía que dar unas gotas de ahí y yo llegaba y sabía dónde [...], ahí siempre estaba un yonguito [...] y la jeringa que sea agarraba yo. La que fuera con tal de curarme la malilla, me valía gorro. Pa’ que vaya a haber en un yongo cloro pues no. Pus ahí me tengo que picar así”.

a) Uso de jeringas

Más de la mitad de los usuarios que se inyectaron alguna droga mencionó que siempre se inyecta con una jeringa nueva (54.4%), el 36.9% indicó que solo algunas veces y el 8.7% nunca emplea una jeringa nueva para inyectarse.

De los usuarios que se han inyectado, el 77.7% usó una jeringa nueva en su última inyección.

Los usuarios mencionaron que consiguen jeringas nuevas o usadas en distintos lugares, por ejemplo, en una farmacia (84.8%), en un programa de intercambio de jeringas (27.6%), en una tienda o mercado (27.1%), en un picadero (25.9%), en la calle (19.4%), con un amigo (17.9%), de alguien que las obtuvo en un programa de intercambio (16.9%), del suelo o la basura (9.9%), de un “doctor” del picadero que ayuda a otros a inyectarse a cambio de drogas o dinero (7.2%) y de un traficante de drogas (6%).

Por ciudad, se observa que en Tijuana y Ciudad Juárez (29.9% y 36.7% respectivamente) la frecuencia del uso de los programas de intercambio de jeringas es significativamente más alta que SLRC (16%). En tanto que, en esta última ciudad (43.8%) los usuarios consiguen más jeringas en la tienda o mercado que en las otras dos ciudades (Tijuana 30.4% y Ciudad Juárez 7.5%). Por otro lado, en Tijuana y SLRC (24.7% cada ciudad) el porcentaje de conseguir las jeringas en la calle es estadísticamente mayor en comparación con Ciudad Juárez (9%); mientras que, en Tijuana (25.8%) son más proporcionadas por amigos que en las otras dos ciudades (SLRC 14.9% y Ciudad Juárez 13.1%) (Cuadro 12).

¹⁴ Forma en como la población usuaria nombra al síndrome de abstinencia.



El 85.6% de la población que se ha inyectado drogas considera que es fácil conseguir jeringas nuevas, en contraste con el 14.4% que considera que es difícil debido a alguna de las siguientes situaciones: *cuestan demasiado y no tienen dinero para comprarlas, no se las venden por su apariencia física, no hay ningún programa de intercambio de jeringas cercano, les da miedo que la policía les encuentre jeringas y los arreste.*

Cuadro 12. Lugares donde se consiguen jeringas

Lugares	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Farmacia	81.4	87.6	85.4	NS
Programa de intercambio de jeringas	29.9	16.0	36.7	Tj y CJ > SLRC
Tienda o Mercado	30.4	43.8	7.5	SLRC > Tj y CJ; Tj > CJ
Picadero	30.4	26.8	20.6	NS
Calle	24.7	24.7	9.0	Tj y SLRC > CJ
Amigo(a)	25.8	14.9	13.1	Tj > SLRC y CJ
De alguien que las obtuvo en un programa de intercambio de jeringas	14.4	16.0	20.1	NS
En el suelo o basura	11.3	12.9	5.5	SLRC > CJ
“Doctor” que ayuda a inyectarse a cambio de drogas o dinero	5.7	8.2	7.5	NS
Traficante	5.2	8.8	4.0	NS
Esposo(a), pareja	4.1	3.1	0.5	Tj > CJ

NS: No significativo.

Casos reactivos de VIH y VHC

Esta sección se evaluó mediante pruebas serológicas para la detección rápida de anticuerpos contra el VIH y el VHC. En centros de tratamiento, 591 usuarios aceptaron la prueba rápida de VIH y 592 la prueba rápida de VHC. En sitios de consumo, 375 usuarios aceptaron la prueba rápida de VIH y VHC.

Los casos reactivos para VIH fueron de 2.7% (16 casos) en centros de tratamiento y 4.3% (16 casos) en sitios de consumo; mientras que el porcentaje de casos reactivos a VHC fue de 76.9% (455 casos) y 88.8% (333 casos) respectivamente.



Tijuana fue la ciudad con más casos reactivos de VIH en centros de tratamiento (6.6%; 13 casos) en comparación con Ciudad Juárez (1.5%; 3 casos); en sitios de consumo también fue esta ciudad (7.3%; 11 casos) la que presentó el porcentaje más alto. No se realizó comparación estadística entre ciudades debido a que en SLRC no se presentó ningún caso reactivo de VIH (Cuadro 13).

SLRC (80.5%; 157 casos) y Ciudad Juárez (80.5%; 161 casos) obtuvieron un porcentaje de casos reactivos estadísticamente más alto de VHC en centros de tratamiento que la ciudad de Tijuana (69.5%; 137 casos); en tanto que Ciudad Juárez (91.7%; 144 casos) tuvo un porcentaje de casos reactivos de VHC estadísticamente mayor en sitios de consumo en comparación con SLRC (79.1%; 53 casos) (Cuadro 13).

Cuadro 13. Presencia de VIH y VHC

	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
VIH				
Centros de tratamiento*	6.6	--	1.5	-
Sitios de consumo**	7.3	--	3.2	-
VHC				
Centros de tratamiento*	69.5	80.5	80.5	SLRC y CJ > Tj
Sitios de consumo**	90.1	79.1	91.7	CJ > SLRC

NS: No significativo.

* n de usuarios que aceptaron prueba por ciudad: Tijuana = 197, Ciudad Juárez = 200, SLRC para VIH 194 y para VHC 195.

**n de usuarios que aceptaron prueba por ciudad: Tijuana = 151, SLRC = 67, Ciudad Juárez = 157.

Por otro lado, en el cuestionario aplicado en los centros de tratamiento, también se indagó respecto a temas relacionados con el VIH y VHC. Al preguntar a los usuarios si algún médico les había diagnosticado alguna de ellas, 14 usuarios indicaron estar diagnosticados por VIH y 136 por VHC, de los cuales 11 están recibiendo tratamiento por la primera y 3 por la segunda.

Búsqueda de tratamiento

En promedio el total de la población ha buscado atención para tratar el consumo de heroína poco más de 10 veces. Al comparar las diferencias obtenidas por ciudad, en Tijuana fue de 8.8 veces, en SLRC 11.4 veces y en Ciudad Juárez 10.4 veces, cabe señalar que estas diferencias entre las ciudades no son estadísticamente significativas.



a) Drogas de impacto para la búsqueda de tratamiento

Los resultados obtenidos indican que el 71.3% de los usuarios buscaron ayuda únicamente por su consumo de heroína y el 24.4% por la combinación de heroína con cristal. Por ciudad se encontró que en Tijuana (81%) y Ciudad Juárez (77.5%) se busca significativamente más ayuda o tratamiento por el consumo solo de heroína en comparación con SLRC (55.3%); mientras que en esta última (42.2%) el porcentaje de búsqueda de ayuda por el consumo de heroína combinada con cristal es más alto que en Tijuana (31%) (Cuadro 14).

Cuadro 14. Drogas de impacto para la búsqueda de tratamiento

Drogas	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas $p < 0.05$
Sólo heroína	81.0	55.3	77.5	Tj y CJ > SLRC
Heroína y cristal juntas	31.0	42.2	--	-

Hombre, 47 años, Tijuana:

“Utilizo las dos [sustancias] porque la pura heroína está muy baja puro sintético, entonces le pongo el cristal para que la ponga más fuerte y el efecto me dure más, [...] porque pus no tengo tanto dinero para estar comprando cada rato. Entonces compro 50 pesos y de ahí pus me hago tres inyecciones y le pongo cristal y, y pus con eso me reviento todo el día”.

Además de la heroína otras drogas que motivan la búsqueda de tratamiento son las metanfetaminas solas (16.5%), el consumo de ansiolíticos (8.2%), el alcohol (8%), la marihuana (7.8%), los opioides de prescripción médica (4.7%), el crack (2.8%), la combinación de heroína con cocaína juntas (*speedball*) (2.5%) y la cocaína sola (2.2%). Las diferencias por ciudad se muestran en el cuadro 15.



Cuadro 15. Drogas de impacto además de la heroína para la búsqueda de tratamiento

Drogas	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Metanfetaminas solas	24.0	20.6	5.0	Tj y SLRC > CJ
Ansiolíticos	7.5	6.0	11.0	NS
Alcohol	5.0	0.5	18.5	CJ > Tj y SLRC; Tj > SLRC
Mariguana	9.0	3.0	11.5	Tj y CJ > SLRC
Opioides controlados sin receta	2.0	1.5	10.5	CJ > Tj y SLRC
Crack (piedra)	1.0	0.5	7.0	CJ > Tj y SLRC
Heroína y cocaína juntas (<i>speedball</i>)	2.5	1.5	3.5	NS
Cocaína sola	1.5	0.5	4.5	CJ > SLRC

NS: No significativo.

b) Tipo de ayuda o tratamiento que ha recibido la población

Casi toda la población (96.8%) ha estado en un programa de 12 pasos residencial o ayuda mutua para tratar el consumo de heroína, seguido de una clínica de metadona o buprenorfina (31.7%) y ayuda basada en la fe o en alguna religión (26.4%). Las diferencias significativas para los tipos de tratamiento por ciudad se muestran en el cuadro 16.

Cuadro 16. Tipo de ayuda o tratamiento que ha recibido la población

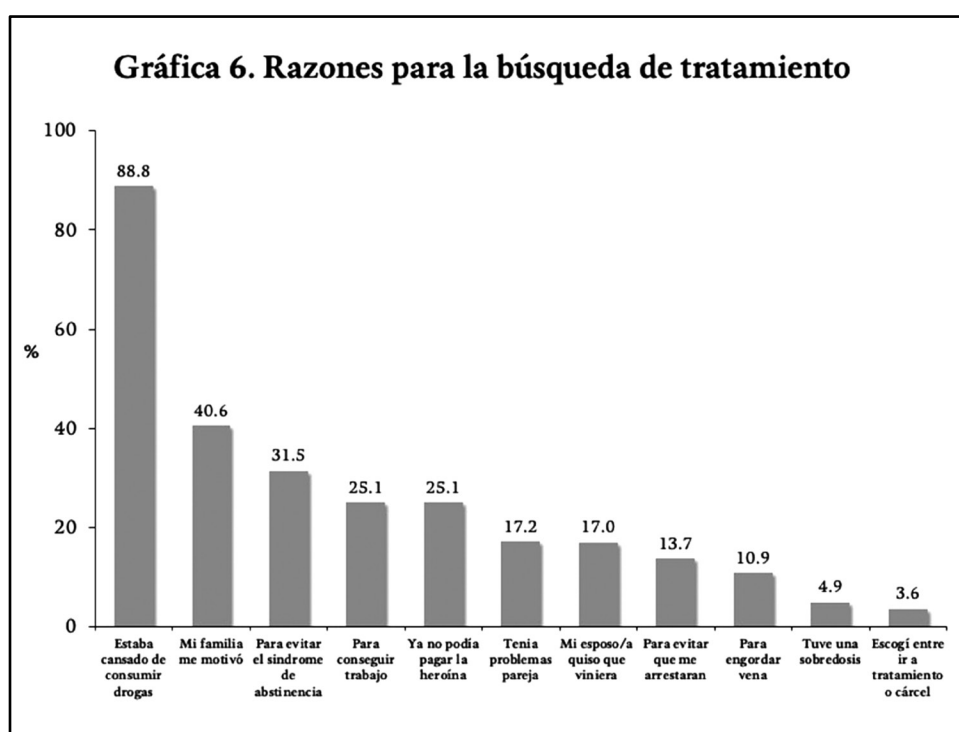
	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Ayuda mutua o Programa de 12 pasos residencial	97.0	100	93.5	NS
Clínica de metadona/buprenorfina	44.7	23.0	27.5	Tj > SLRC y CJ
Fe/Basado en la religión	21.6	9.5	48.0	CJ > Tj y SLRC Tj > SLRC
Programa de una Asociación de Sociedad Civil	15.1	1.5	24.5	Tj y CJ > SLRC
Grupos de hora y media	14.6	10.5	13.5	NS
Institución de gobierno	22.6	0.5	8.0	Tj > CJ y SLRC; CJ > SLRC
Hospital privado	4.0	0.5	25.5	CJ > Tj y SLRC

NS: No significativo.



c) Tratamiento voluntario

El 77.7% de los usuarios acudió a los centros de tratamiento de manera voluntaria. Entre las razones principales por las que estos usuarios decidieron ingresar a tratamiento se encuentran las siguientes: porque se sentían cansados de usar drogas “querían quebrar”¹⁵ (88.8%), porque la familia los motivó (40.6%), para evitar el síndrome de abstinencia conocido como “malilla” (31.5%), para conseguir un trabajo (25.1%), porque ya no podían pagar la heroína (25.1%) y por problemas con la pareja (17.2%) (Gráfica 6).



Otras razones para la búsqueda de tratamiento con menor porcentaje fueron: para evitar un arresto (13.7%), para engordar la vena (10.9%)¹⁶, por estar enfermo(a) (7.3%), por haber tenido una sobredosis (4.9%), porque les habían quitado a sus hijos (4.7%), porque escogieron entre ir a tratamiento o a la cárcel (3.6%), por razones religiosas (3.2%), para evitar las altas o bajas temperaturas en las calles (3%), por presentar problemas de salud mental (2.8%), porque la pareja también se estaba rehabilitando (2.6%) o por estar embarazada (1.3%).

¹⁵ Dejar de consumir heroína.

¹⁶ Periodo en el que las personas usuarias dejan de consumir heroína con el fin de recuperarse de los daños en sus venas. Se trata de personas que no quieren dejar de consumir, pero debido a esta condición de salud, deciden acudir a un centro de tratamiento. Una vez que sus venas sanan vuelven a usar drogas. Son la población que tiene mayor riesgo de sobredosis cuando deciden nuevamente inyectarse, debido a que han perdido la tolerancia a la heroína.



Hombre, 50 años, Tijuana:

“ya me metí yo solo a un anexo. Le dije a ella –sabes qué hija, ¡vamos anexarnos para estar bien! –, le digo –Yo quiero estar bien, y quiero tener una vida tranquila contigo y vamos a ser felices–”.

d) Tratamiento involuntario

Si bien la gran mayoría de la población acudió de manera voluntaria a buscar ayuda al centro de tratamiento en el que fueron entrevistados, el 22.3% de la población mencionó que acudió de manera involuntaria. Ante la pregunta, quién o quiénes lo hicieron acudir a este centro, las respuestas fueron las siguientes: padres (59.8%), seguido de hermanos (22%), esposo(a)/pareja (7.6%) o los hijos (5.3%).

Las diferencias significativas por ciudad se describen en el cuadro 17.

Cuadro 17. Tratamiento involuntario

	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Tratamiento involuntario	19.0	30.0	18.0	SLRC > CJ y TJ
¿Quién lo hizo acudir a este centro?				
Padres	38.9	70.0	63.9	SLRC > TJ
Esposo(a)/Pareja	--	10.0	11.1	-
Hijos(as)	11.1	3.3	2.8	NS
Hermanos(as)	11.1	28.3	22.2	NS
Policía	36.1	1.7	--	-
Juez (por tercer reporte)	2.8	1.7	--	-

NS: No significativo.

Hombre, 27 años, Tijuana:

“La placa¹⁷, la placa me metió, este cuando andaban agarrando a toda la gente y las andaban metiendo a los centros de rehabilitación”.

¹⁷ Forma en que los usuarios llaman a la policía, haciendo referencia a la portación de placas que identifica a los policías.



e) Tratamiento de mantenimiento con metadona

Un poco más de la mitad de los usuarios mencionaron que alguna vez en la vida habían estado inscritos en un programa de metadona (51.5% equivalente a 309 usuarios). De ellos, 9.7% se encontraba en esta modalidad al momento de la entrevista, eran mexicanos y recibían la metadona en México. 15.5% había estado inscrito en los últimos 6 meses, el 5.5% hace más de 6 meses, pero menos de un año; 14.6% hace más de un año, pero menos de 3 años, 17.8% hace más de 3 años, pero menos de 5 años y el 36.9% estuvo inscrito hace más de cinco años. En promedio la población usuaria ha estado 2.6 veces en la vida.

Respecto a las diferencias por ciudad en esta población, se encontró que los usuarios de Tijuana (56%) y Ciudad Juárez (59.5%) se han inscrito significativamente más en programas de metadona que los usuarios de SLRC (39%). Algo a resaltar es que en SLRC (52.6%) el porcentaje es estadísticamente mayor en la opción de haber estado inscritos en un programa de metadona hace más de 5 años en comparación con los de Tijuana (30.4%) y Ciudad Juárez (32.8%); mientras que en estas dos últimas ciudades (18.8% Tijuana y 21% Ciudad Juárez) el porcentaje de haberse inscrito a un programa de metadona en los últimos 6 meses es mayor en comparación con SLRC (2.6%). En el momento del estudio en dicha ciudad no se contaba con una clínica de metadona.

Con esta población también se indagó sobre la inyección de drogas y el 92.6% de los usuarios refirió que continuó inyectándose alguna droga mientras se encontraba en esta modalidad de tratamiento y principalmente mencionaron a la heroína sola (84.8%), seguida de la heroína con cristal (15.6%), los ansiolíticos (8.5%) y la heroína con cocaína (*speedball*) (7.1%).

Mujer, 50 años, SLRC:

“Púes mira cuando estoy con la metadona, pues me siento mejor porque, pues ahí no me tengo que estar pique y pique y que no tengo venas ni nada, esa es tomada, entonces el medicamento ese me dura dos días, entonces si estoy en 100 mg, me dura dos días el efecto y, y puedo tomar un día sí y un día no y me sirve tengo más, como pa’ hacer más cosas, que ahorita que ando usando heroína pues ¡no!, tengo que andar consiguiendo no más pa’ la heroína y para comer y así y cuando ando en metadona pues se me hace más bien porque hago más cosas”.



f) Razones de abandono del tratamiento con metadona

Los usuarios que mencionaron no estar usando metadona al momento de la entrevista, indicaron que las razones más importantes por las que abandonaron el tratamiento fueron: porque usaban al mismo tiempo heroína (41.5%), porque los síntomas de abstinencia eran más severos que los de la heroína (33.3%) y porque el tratamiento de metadona desde su percepción no les funcionó (27.4%). Otras razones tienen que ver con el acceso a las clínicas, por ejemplo, el 11.5% mencionó que era complicado ir todos los días y el 8.1% señaló que estaban muy lejos las clínicas. Además, el 7.8% indicó que la dosis de metadona prescrita era muy alta y un 3.7% que era muy baja. Entre las ciudades no se encontraron diferencias significativas en las razones de abandono del tratamiento a excepción de la lejanía de la clínica, que se reportó estadísticamente mayor en SLRC (14.1%) que en Tijuana (2.2%) (Cuadro 18).

Cuadro 18. Razones de abandono del tratamiento con metadona

Razones	Tijuana	SLRC	Ciudad Juárez	Diferencias significativas p < 0.05
	%	%	%	
No funcionó	22.8	29.5	30.0	NS
Era muy caro	9.8	14.1	13.0	NS
Era muy complicado ir a la clínica todos los días	14.1	7.7	12.0	NS
La clínica quedaba muy lejos	2.2	14.1	9.0	SLRC > TJ
Me daban peor los síntomas de la abstinencia	28.3	32.1	39.0	NS
La dosis era muy alta	7.6	3.8	11.0	NS
La dosis era muy baja	4.3	2.6	4.0	NS
Todavía estaba usando drogas y no le veía sentido seguir yendo por metadona	35.9	41.0	47.0	NS

NS: No significativo.

Mujer, 50 años, SLRC:

“100 mg. te cuesta [la dosis de metadona] \$120.00 y como nosotros vamos de San Luis [a Mexicali], siempre se nos pone difícil porque mira paga el camión, que una soda que te tomes, unas sabritas o un jugo, ponle ya son \$130.00, \$140.00, más los tres frascos, por decir que te traigas el medicamento y uno que te tomas son cuatro, entonces ya cuánto es, de perdida unos \$800.00, \$1000.00. Si ocupas cada ocho días y ahí no más pa’ pasar la semana. Tenía una hermana en los Ángeles y ella me estaba ayudando, pero se cambió de donde vivía y pos ahorita ya no me está ayudando pues porque no tengo su nuevo número telefónico y por eso no he ido”.



Recaídas

En lo que respecta a las recaídas, se encontró que son muy frecuentes y casi toda la población ha tenido alguna (90.2%). Se indagó también acerca del tiempo que los usuarios han logrado estar sin usar drogas entre una estancia en un centro de tratamiento y otra, encontrando que en promedio esta población logró detener su consumo 2.3 años.

El 49.9% de los usuarios que ha tenido una recaída considera que ha sido porque no ha tenido la fuerza de voluntad para dejar de consumir y 45.1% porque estaba rodeado(a) de amistades y conocidos que usaban drogas. Otros motivos han sido, el deseo de escapar de la realidad (44.5%), la alta disponibilidad de las drogas (38.1%), el sentirse aburridos(as) (34.6%), no sentirse bien cuando no consumían drogas (32.7%), la creencia de volver a usar sin volverse dependientes (32.3%), las discusiones familiares (22.9%), no tener apoyo social (14.4%), el programa de tratamiento no funcionó (11.1%) y mi esposo(a) o pareja también consume (9.8%). Las diferencias significativas por ciudad se describen en cuadro 19.

Cuadro 19: Recaídas y razones para volver a consumir

Recaídas	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Ha tenido alguna vez una recaída	89.5	91.0	90.0	NS
Razones para volver a consumir				
No tenía la fuerza de voluntad	41.9	57.1	50.6	SLRC > Tj
Estaba rodeado de amistades y conocidos que usaban drogas	31.3	61.5	42.2	SLRC > Tj y CJ
Quería escapar de la realidad	33.5	54.9	45.0	SLRC > Tj
Las drogas estaban disponibles fácilmente	25.7	56.0	32.2	SLRC > Tj y CJ
Estaba aburrido, no tenía nada que hacer	19.6	55.5	28.3	SLRC > Tj y CJ
No me gustaba como me sentía cuando no consumía drogas	17.9	51.1	28.9	SLRC > Tj y CJ, CJ > Tj
Creía que podía consumir drogas sin hacerme dependiente a ellas otra vez	15.6	45.6	35.6	SLRC y CJ > Tj
Discusiones familiares	16.2	28.0	24.4	SLRC > Tj
No encontraba trabajo	7.8	12.1	7.2	NS
No tenía apoyo social	17.3	16.5	9.4	NS
Mi esposo(a)/pareja consumía drogas	7.8	13.7	7.8	NS
El programa de tratamiento no me funcionó	3.4	22.5	7.2	SLRC > Tj y CJ
El centro en el que estaba no me ayudó a encontrar otros servicios que yo necesitaba.	2.2	15.9	4.4	SLRC > Tj y CJ

NS: No significativo.



Barreras de acceso a tratamiento

Son distintas las barreras que han impedido a los usuarios llegar a tratamiento, algunas de ellas están relacionadas con sus percepciones acerca del consumo de heroína, como pensar que tenían un problema, pero que podían resolverlo solos(as) (64.7%), pensar que su problema mejoraría solo (54.9%), pensar que no tenían un problema (53.6%), o percibir que su consumo no les afectaba mucho (34.9%). Otras barreras se vinculan con la baja confianza en la efectividad de los programas de tratamiento, como reconocer que se necesitan ayuda, pero no confían en el tratamiento (53.7%), haber estado en algún tipo de tratamiento que no les funcionó (50.3%), pensar que el tratamiento les tomará mucho tiempo (44.4%) y no estar satisfecho con los servicios disponibles (24.5%). Las cuestiones económicas también constituyen una barrera importante, pues un tercio de los usuarios mencionaron que no cuenta con recursos suficientes para pagar el tratamiento (31.8%). El acceso a los centros de tratamiento es otra barrera para la búsqueda de ayuda, entre ellas se encuentra la lejanía de los centros desde el lugar de residencia (21.2%), la dificultad para llegar a los sitios de rehabilitación (20.8%) y finalmente la dificultad para conseguir una cita (15.7%). Por otro lado, el estigma es otro tema que impide o desalienta la motivación de los usuarios para buscar ayuda, los datos revelan que el 41.5% siente vergüenza o temor de ser señalado(a). Otra barrera importante fue el miedo de ser internado(a) en contra de su voluntad (53.9%). Los resultados por ciudad de esta sección se pueden observar en el cuadro 20.

Mujer, 42 años, Ciudad Juárez:

“E: ¿Has estado en algún centro de rehabilitación? P: No, nunca

E: ¿Por qué? P: Me da miedo, no más como dicen que los tratan mal y todo eso, digo si venimos de la calle donde nos humillan, nos tratan mal pus para ir a un centro de rehabilitación que nos van a tratar mucho más mal, pues no.

E: ¿Cómo te gustaría que fueran? P: Primeramente, que nos ayudaran para no sentir la malilla y que nos trataran bien, entonces sí yo con confianza sí me metería, pero en un centro que sé que no, que nos van a tratar y a parte no nos van a dar nada”.



Cuadro 20. Barreras de acceso a tratamiento

Situaciones que le impedían o desalentaban para buscar ayuda	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Pensar que tenía un problema, pero que podía resolverlo solo	43.7	79.9	70.4	SLRC y CJ > Tj
Pensó que el problema mejoraría solo	38.6	63.8	62.0	SLRC y CJ > Tj
Tenía miedo de ser internado(a) en contra de su voluntad	51.0	52.3	58.3	NS
Pensar que necesitaba ayuda, pero creía que el tratamiento no le ayudaría	40.1	62.8	58.0	SLRC y CJ > Tj
Pensar que no tenía un problema	32.0	68.3	60.3	SLRC y CJ > Tj
Ya había recibido tratamiento, pero no le funcionó	35.4	53.8	61.6	SLRC y CJ > Tj
Pensó que le tomaría mucho tiempo	36.4	48.2	48.2	NS
Sentía vergüenza o temor de ser señalado(a)	34.8	41.2	48.5	CJ > Tj
El problema no le molestaba mucho	24.5	42.2	37.8	SLRC y CJ > Tj
No cuenta con suficientes recursos económicos para pagar el tratamiento	15.3	40.4	39.4	SLRC y CJ > Tj
Le preocupaba lo que pensaría la gente si se enterara que está en un tratamiento	28.3	19.1	28.1	NS
Estaba insatisfecho(a) con los servicios disponibles	16.5	25.6	31.0	CJ > Tj
No sabía a donde acudir	15.8	20.2	32.2	CJ > SLRC y Tj
El centro de tratamiento está muy lejos de donde vive	13.3	19.2	31.0	CJ > SLRC y Tj
Le resultaba difícil llegar al sitio donde le atenderían	12.4	23.6	26.4	SLRC y CJ > Tj
Le había sido difícil conseguir una cita	10.3	16.1	20.7	CJ > Tj
Su seguro médico no cubre este tipo de tratamientos	7.2	11.8	15.1	CJ > Tj

NS: No significativo.



Necesidades de atención

Los usuarios refirieron que sería muy recomendable que, en los centros de tratamiento, además de los servicios que ya les ofrecen, el tratamiento se reforzara con: “asistencia psicológica”, “ayuda espiritual”, “servicios de salud”, “actividades deportivas que les ayuden a contrarrestar el deseo de consumir y el aburrimiento”, “talleres para aprender oficios”, “actividades artísticas”, “con proporcionarles artículos para su higiene personal”, así como con el “suministro de medicamentos para contrarrestar el síndrome de abstinencia en su estancia en el centro”.

Dentro de las medidas de reducción del daño, se indagó con los usuarios su opinión respecto a la opción de abrir una clínica de consumo seguro con la finalidad de reducir el consumo de drogas en las calles, ayudar a prevenir y controlar el VIH y otros problemas de salud, el 76.1% estuvo de acuerdo en su creación, un 77% considera que sería exitosa, el 76.9% considera que sus compañeros estarían de acuerdo en que una clínica de esa índole existiera, asimismo el 71.4% considera que una clínica así podría mejorar su salud y el 70.6% mencionó que si hubiera una, haría uso de sus servicios.

En cuanto a las diferencias por ciudad, se observa que en SLRC (75%) y Ciudad Juárez (74.4%) se reportaron porcentajes significativamente más altos que en Tijuana (62.5%), en la opción de que harían uso de este servicio si existiera una clínica (Cuadro 21).

Cuadro 21. Clínica de consumo seguro

	Tijuana	SLRC	Ciudad Juárez	Diferencias significativas p < 0.05
	%	%	%	
Apoyaría una clínica de consumo seguro	81.5	73.7	73.0	NS
Una clínica de consumo seguro sería exitosa en esta ciudad	83.0	74.0	74.0	NS
Mis compañeros usuarios apoyarían una clínica de consumo seguro	79.0	73.9	77.8	NS
Una clínica de consumo seguro podría mejorar mi salud	76.5	70.4	67.2	NS
Haría uso de los servicios de una clínica de consumo seguro	62.5	75.0	74.4	SLRC y CJ > Tj

NS: No significativo.



Otras experiencias relacionadas con el consumo de heroína

a) Detenciones policíacas

De la población entrevistada en centros de tratamiento, el 93.8% mencionó que ha sido detenida por la policía o el ejército alguna vez. Al 57.9% le han confiscado sus jeringas, al 47.8% le han pedido dinero por traer jeringas y/o drogas, al 47% le han roto sus jeringas y el 23.3% ha sido referido por la policía o ejército a tratamiento por su consumo de heroína.

En las diferencias por ciudad, SLRC (50.3%) y Ciudad Juárez (53.5%) reportaron más casos de que la policía les ha roto sus jeringas que en Tijuana (37.2%). En Ciudad Juárez (60.3%) hay más casos en los que se les pide dinero y en SLRC (14.4%) son referidos menos veces a tratamiento por parte de la policía que en las otras dos ciudades (Cuadro 22).

Cuadro 22. Detenciones por parte de la policía o el ejército

Detenciones por parte de la policía	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas $p < 0.05$
Ha sido detenido por la policía o el ejército alguna vez	93.0	92.0	96.5	NS
La policía o el ejército lo(a) ha arrestado por posesión de jeringas	53.5	50.8	57.8	NS
La policía o el ejército le ha confiscado/quitado sus jeringas	53.5	57.9	62.3	NS
La policía o el ejército le ha roto sus jeringas	37.2	50.3	53.5	SLRC y CJ > Tj
La policía o el ejército le ha pedido dinero por traer sus jeringas y/o drogas	42.9	40.0	60.3	CJ > Tj y SLRC
La policía o el ejército lo(a) ha referido a tratamiento	25.4	14.4	30.3	Tj y CJ > SLRC

NS: No significativo.

También se encontró que de las veces que habían sido arrestados, 319 usuarios fueron sentenciados a prisión en promedio 3.2 de veces y 100 usuarios fueron sentenciados a recibir tratamiento obligatorio en promedio 1.4 veces.

Los usuarios mencionaron que los principales motivos por los que han sido detenidos por la policía son por posesión de drogas (55.7%), por estar deambulando (45.7%), por posesión de equipo de consumo (parafernalia) (38.5%), por no contar con una identificación personal (32.5%) y por robo o cualquier otro delito (32.3%). Adicional a ello, el 22.7% manifestó que fue detenido(a) sin motivo alguno.



Al comparar las diferencias significativas por ciudad, se encontró que en Ciudad Juárez los usuarios son detenidos en mayor proporción por venta de drogas (29%) que en SLRC (18%), mientras que en esta última las detenciones son mayores por deambular (59%) en comparación con Ciudad Juárez (33.5%) y Tijuana (44.5%). Finalmente, en Ciudad Juárez (23.5%) hay más detenciones por alterar el orden público que en las otras dos ciudades (SLRC 14% y Tijuana 13.5%) (Cuadro 23).

Asimismo, se les preguntó a los usuarios desde su percepción, cuáles pensaban que habían sido los motivos de sus detenciones, sin considerar el que la policía les dijo al momento de su detención. Los resultados fueron los siguientes: el 31.5% consideró que fue únicamente para cubrir su cuota de arresto, el 29.9% porque la policía sabía que era consumidor(a) de drogas, el 23.7% mencionó que la detención fue para “limpiar la zona”, el 20.6% para quitarles dinero, así como para hostigarlos por ser usuarios(as) de heroína (20.6%), el 19.3% manifestó que fue detenido porque vieron sus marcas (*traques*) en el cuerpo, el 5.1% porque les vieron comprando jeringas y el 4.7% porque les vieron haciendo uso de los servicios de intercambio de jeringas. Por otro lado, 10 participantes (6 mujeres y 4 hombres) mencionaron que uno de los motivos de detención fue para que les brindaran algún servicio sexual gratis.

En cuanto a las diferencias significativas por ciudad, se encontró que en SLRC (21.0%) y Ciudad Juárez (28.9%) los usuarios son detenidos en mayor proporción para quitarles su dinero que en Tijuana (11.5%); en tanto que, Ciudad Juárez presenta un porcentaje más bajo en hostigamiento (16.2%) en comparación con SLRC (27.6%) (Cuadro 23).

Hombre, 52 años, Ciudad Juárez:

E: ¿Ha tenido problemas con la policía? P: Sí, sí bastantes. E: ¿Le han quitado sus jeringas o lo han detenido por traer jeringas? P: Sí, sí, creo que te comenté que el otro día me llevaron, unos weyes me querían cargar, me querían echar ¡pos heroína y marihuana! Por traer las jeringas “no wey tienes picadero”, “nooo, esas madres son las que me encuentro ahí tiradas y pos ustedes saben bien también y eso es pa’ reducir los daños, ahorita estoy en un programa de voluntario, soy voluntario ahí en el grupo y esas madres se las doy a los chavos pa’ que no vaya a haber un epidemia por tanta y sí puede haber, es lo que está cabrón, tanta infección, hay muchas infecciones y ya es reducción de daños” es lo que les digo a los policías “noo, ni madres, esa madre es puro rollo [dijeron ellos]”.



Cuadro 23. Motivos de las detenciones policíacas

	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Motivos de las detenciones por la policía				
Por posesión de drogas	56.0	53.0	58.0	NS
Por estar deambulando	44.5	59.0	33.5	SLRC > Tj y CJ
Posesión de equipo de consumo	34.5	44.5	36.5	NS
Porque no tenía identificación	33.5	29.0	35.0	NS
Por robo o cualquier otro delito	32.0	35.0	30.0	NS
Por venta de drogas	22.0	18.0	29.0	CJ > SLRC
Por alterar el orden público	13.5	14.0	23.5	CJ > Tj y SLRC
Por denuncia de la gente	11.0	15.5	18.5	NS
Por ningún motivo, sólo me detuvieron	25.0	22.5	20.5	NS
Motivos de las detenciones según la percepción de los usuarios				
Para cubrir su cuota de arresto	31.9	26.5	35.5	NS
Sabían que consumía drogas	30.4	24.3	34.5	NS
Para limpiar la zona	26.2	23.2	21.8	NS
Para quitarme dinero	11.5	21.0	28.9	SLRC y CJ > Tj
Para hostigarme	18.3	27.6	16.2	SLRC > CJ
Vieron mis marcas (<i>traques</i>) en el cuerpo	20.4	14.4	22.8	NS
Me vieron usando los servicios de intercambio de jeringas	4.2	2.8	7.1	NS
Me vieron comprando jeringas	2.6	5.0	7.6	NS
Para recibir servicios sexuales gratis	3.1	1.1	1.0	NS

NS: No significativo.

b) Percepción de discriminación

Los resultados indican que el 58.6% de la población mencionó que alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o le ha ofendido por el consumo de drogas; mientras que el 49.5% ha sido rechazado al solicitar un trabajo debido al uso de drogas y el 18.1% ha dejado de acudir a un centro de tratamiento por maltrato verbal o físico por parte del personal.

Al comparar entre ciudades se observa que en Ciudad Juárez se reportó significativamente más la discriminación por parte de la familia (72.5%) y al solicitar trabajo (65.5%), que en las otras dos ciudades. Adicionalmente en SLRC (48.7%) se reportó más discriminación al solicitar trabajo que en Tijuana (33.5%) (Cuadro 24).



Cuadro 24. Discriminación hacia la población usuaria de heroína

Discriminación hacia la población usuaria	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido	46.5	56.9	72.5	CJ > Tj y SLRC
Al solicitar trabajo, ha sido rechazado(a) debido a su uso de drogas	33.5	48.7	65.5	CJ > Tj y SLRC SLRC > Tj
Ha dejado de acudir a un centro de tratamiento por maltrato verbal o físico por parte del personal.	16.5	20.2	17.6	NS

NS: No significativo.

c) Migración

Casi tres cuartas partes de los usuarios nacidos en México refirieron haber ido a Estados Unidos alguna vez en su vida (68%). Entre los motivos principales por los que viajaron se encuentran los siguientes: para buscar trabajo (38.3%), por vacaciones (13.5%) y por estudios (5.5%). El 42.8% indicó que viajó por otras circunstancias, una de ellas fue para reencontrarse con su familia en Estados Unidos.

Respecto a la población que alguna vez vivió en Estados Unidos (328 usuarios), el promedio de estancia en ese país fue de 13.8 años.

Finalmente, de los usuarios que alguna vez fueron a Estados Unidos, el 59.1% fue deportado de ese país, el 85.1% hace más de 12 meses y el 14.9% recientemente.

Los resultados por ciudad indican que la población de Tijuana mencionó con mayor frecuencia haber ido alguna vez a Estados Unidos (80.4%), en comparación con las otras dos ciudades (SLRC 68.3% y Ciudad Juárez 66.5%). En cuanto a los motivos de sus viajes, se observa que los usuarios de SLRC (57.1%) fueron significativamente más para conseguir trabajo y los de Ciudad Juárez por estudios (8.5%). Asimismo, los usuarios de SLRC (89.1%) fueron quienes más han vivido en los Estados Unidos (Cuadro 25).



Cuadro 25. Experiencias migratorias de los usuarios de heroína

Experiencias migratorias de la población	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %	Diferencias significativas p < 0.05
Ha ido a Estados Unidos alguna vez	80.4	68.3	66.5	Tj > SLRC y CJ
Principal motivo de su(s) viaje(s)				
Conseguir trabajo	24.3	57.1	35.4	SLRC > Tj y CJ
Estudios	2.1	6.3	8.5	CJ > Tj
Vacaciones	16.7	11.9	11.5	NS
Alguna vez ha vivido en los Estados Unidos	78.4	89.1	74.0	SLRC > Tj y CJ
Ha sido deportado(a) de Estados Unidos	59.5	60.5	57.3	NS
Última vez que fue deportado				
Hace más de un año	85.2	84.6	85.3	NS
Hace menos de un año	14.8	15.4	14.7	NS

NS: No significativo.

En cuanto al consumo de drogas por la población que fue a Estados Unidos, el 57.6% (235 usuarios) mencionó que alguna vez consumió heroína en ese país. De ellos, el 42.5% indicó iniciar allá el consumo y el 94% se la administró de forma inyectada. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los resultados por ciudad (Cuadro 26).

Cuadro 26. Consumo de heroína en la población migrante

	Tijuana %	SLRC %	Ciudad Juárez %
Alguna vez consumió heroína en los Estados Unidos	61.5	58.1	52.7
Usted inició su consumo de heroína en			
México	48.9	61.3	64.7
Estado Unidos	51.1	38.7	35.3
Alguna vez se inyectó heroína en los Estados Unidos	92.2	94.7	95.7
Alguna vez consumió cualquier otra droga en los Estados Unidos	75.7	71.3	67.2

Además de la heroína, 71.6% consumió cualquier otra droga en Estados Unidos. Entre las más mencionadas, están: Mariguana (60.6%), cocaína (44.6%), cristal (24.4%), crack (23%), PCP (11.5%), ácidos (8.7%), LSD (7.3%) y china white (4.9%). Otras drogas tuvieron porcentajes inferiores al 5%.



Hombre, 38 años, Ciudad Juárez:

P: “Tengo 38 años, soy originario de Cuautla Morelos, Cuernavaca Morelos”

E: ¿Cómo llegaste acá?

P: “Es que me trajeron unos paisanos míos de Cuernavaca, me invitaron ir para el otro lado y allá estaba nomás que nos pasamos, nos había pasado un pollero para Estados Unidos, nomás que me deportó la migración, como no tuve papeles y me deportaron pa’ca pa’ México y pus aquí me quedé, aquí llegué aquí al centro y ya empecé a conocer unas amistades, unos polleros que pasaban gente pa’el otro lado también y estuve trabajando con ellos, y así inicié mi carrera en la actividad de...pus ya me di cuenta de aquí dentro de esta zona pus estaban todas las conectas donde venden droga y todo y ya fui conociendo gente y empecé a frecuentar esos lugares donde vendían droga y ya pus probé la heroína y pus me gustó, la verdad soy honesto”.

Hombre, 46 años, SLRC:

E: ¿Cómo fue esa experiencia dentro de la cárcel allá en Estados Unidos?

P: Pues está mucho mejor que aquí y luego pues te enseñan ciertas cosas que uno no sabía, ya me aventaron [migración] para acá para México y me aventaron ahí por Ciudad Juárez. Recuerdo que pues como estaba chavo tuve que empezar una vida, empezar con la marihuana, empezar con el tiner, el resistol, pastillas y ya en 1991 empecé a probar la heroína.

Este capítulo muestra una aproximación epidemiológica del consumo de heroína en la población que se encuentra en centros de tratamiento. Los resultados permiten conocer el perfil de los usuarios, las prácticas de consumo, el tipo de sustancia que usan y la combinación con otras drogas, como heroína con cristal o con cocaína y el consumo de otras sustancias, como son los opioides fuera de prescripción médica y el fentanilo. Entre los problemas asociados, se encuentran las sobredosis y las maneras de enfrentarlas, así como otras prácticas de riesgo vinculadas a la utilización de jeringas e instrumentos usados en varias ocasiones y por diferentes personas. Los temas de las detenciones policíacas y de las necesidades de tratamiento también son de los problemas más sentidos por la población usuaria de heroína. En el capítulo cualitativo se abordan estos y otros temas desde la narrativa de los usuarios quienes fueron entrevistados en distintos sitios de consumo. Sus testimonios permitirán al lector tener una mayor comprensión de los datos duros mostrados en esta sección.



RESUMEN DE RESULTADOS DEL COMPONENTE EPIDEMIOLÓGICO

- El 89.7% son hombres y el 10.2% mujeres, tienen un promedio de edad de 40.2 y 32.9 años respectivamente. Su principal ingreso económico es a través del empleo informal (39.5%) como albañilería, lavar carros o venta de dulces. El 35.8% percibe de 2 a 4 salarios mínimos mensuales, es decir de \$4,803.00 a \$9,608.00. Cambian constantemente de lugar de vivienda, principalmente habitan en centros de internamiento (91%), en la casa de sus padres (53.4%) y en casas abandonadas como picaderos, yongos o tapias (43.7%).
- Iniciaron el consumo de drogas a los 14 años y a los 20.8 años consumieron heroína por primera vez. La edad de inicio de consumo de drogas es significativamente más temprana en Ciudad Juárez (13.6 años) que en SLRC (14.5 años); mientras que la edad de inicio para el consumo de heroína se presenta a menor edad en SLRC (20 años) que en Tijuana (21.8 años).
- El 96.8% mencionó que consumía diario heroína, 5 veces en promedio, la vía intravenosa es la principal forma de administración en las tres ciudades. Ciudad Juárez fue la que obtuvo un patrón de consumo de heroína significativamente más alto (6 veces por día) que Tijuana y SLRC (4.6 y 4.5 veces por día respectivamente). El 56.2% mencionó que solo consume heroína y de forma inyectada, el 32.9% consume heroína con metanfetaminas (cristal) y el 5.4% consume heroína con cocaína (*speedball*). El consumo de heroína inyectada, sin combinarla con otras drogas es significativamente más alto en Ciudad Juárez. Mientras que el consumo de heroína con metanfetaminas (cristal) es más alto en SLRC. En Ciudad Juárez, la mezcla de heroína y cocaína (*speedball*) también es significativamente más alta comparada con SLRC.
- La mayor parte de los usuarios refieren que consumen heroína en forma de goma negra (83.2%), polvo café (20.6%) y polvo blanco (7.7%). El uso del polvo café y el polvo blanco es significativamente más alto en SLRC y Tijuana que en Ciudad Juárez.
- La marihuana es la droga que ha consumido casi toda la población alguna vez en la vida (96.5%), le sigue la cocaína (91.3%), los ansiolíticos (83.5%) y las metanfetaminas (75.5%). El consumo en los últimos 30 días presenta los siguientes porcentajes: ansiolíticos 26.8%, marihuana 21.8%, opioides 20.5% y metanfetaminas (cristal) 17.7%. El cristal y la china white se consumen más en Tijuana que en las otras dos ciudades y en SLRC más cristal que en Ciudad Juárez.
- Seis usuarios en centros de tratamiento mencionaron que han consumido fentanilo fuera de prescripción médica alguna vez en la vida y tres de ellos en los 30 días previos al estudio. Ellos lo nombran como china white, M 30, heroína sintética y polvo blanco.



- De los usuarios que han experimentado sobredosis alguna vez en la vida (401 casos, 66.8%), en promedio han experimentado 4.2 sobredosis, mientras que en los últimos 12 meses (148 casos, 24.7%) el promedio fue de 2 sobredosis.
- El principal método empleado por los usuarios que han tenido alguna sobredosis para contrarrestar los efectos es agua con sal inyectada (32%), seguido de los servicios de emergencia (29.5%) y el uso de hielo en diferentes partes del cuerpo (13.4%). Muy pocos indican usar la naloxona para revertir la sobredosis (1.6%). Los amigos de los usuarios son quienes principalmente los han ayudado a revertir sus sobredosis (42.1%). La droga que consumió la población en su última sobredosis fue principalmente heroína sola (78.1%), seguido de ansiolíticos (29.9%) y heroína con cristal (11.2%).
- El 19.6% de la población que experimentó una sobredosis, mencionó que en las dos semanas previas había estado detenido por 3 días o más, el 27.2% había dejado de usar drogas por 3 días o más, ya que estaba en tratamiento. El 42.6% mencionó que su última sobredosis le ocurrió en su casa, el 27.3% en un picadero y al 13.5% en la calle.
- Las principales prácticas de riesgo asociadas al consumo de drogas vía intravenosa son: el 75.1% prestó a alguien una jeringa que previamente había usado, el 69.8% usó una jeringa que alguien más había usado, el 60.8% nunca limpió una jeringa con cloro antes de usarla, el 72.7% dividió drogas usando una misma jeringa, el 79% usó parafernalia que alguien más ya había usado, el 15.4% compró drogas ya preparadas en una jeringa.
- En las tres ciudades se usan jeringas y se comparte parafernalia que alguien más ya había usado en porcentajes altos. En SLRC y Ciudad Juárez prestaron una jeringa que alguien más ya había usado y dividieron drogas usando la misma jeringa en mayor proporción que los usuarios de Tijuana.
- Los usuarios mencionaron que consiguen jeringas nuevas o usadas en distintos lugares, por ejemplo, en una farmacia (84.8%), en un programa de intercambio de jeringas (27.6%), en una tienda o mercado (27.1%) y en un picadero (25.9%). Más de la mitad de los usuarios que se inyectaron alguna droga mencionó que siempre se inyecta con una jeringa nueva (54.4%).
- Por ciudad, se observa que en Tijuana y Ciudad Juárez (29.9% y 36.7% respectivamente) la frecuencia del uso de los programas de intercambio de jeringas es significativamente más alta que en SLRC (16%). En tanto que, en esta última ciudad (43.8%) los usuarios consiguen más jeringas en la tienda o mercado que en las otras dos ciudades (Tijuana 30.4% y Ciudad Juárez 7.5%).



- En los centros de tratamiento, 591 usuarios aceptaron la prueba rápida de VIH y 592 la prueba rápida de VHC. En sitios de consumo, 375 usuarios aceptaron la prueba rápida de VIH y VHC. Los casos reactivos para VIH fueron 16 casos (2.7%) en centros de tratamiento y 16 casos (4.3%) en sitios de consumo. Tijuana fue la ciudad con más casos reactivos de VIH en centros de tratamiento (6.6%; 13 casos) en comparación con Ciudad Juárez (1.5%; 3 casos); en sitios de consumo también fue Tijuana (7.3%; 11 casos) la que presentó el porcentaje más alto comparado con Ciudad Juárez (3.2%). En SLRC no se presentaron casos reactivos de VIH.
- Los casos reactivos de VHC fueron 455 casos en centros de tratamiento (76.9%) y 333 casos en sitios de consumo (88.8%). SLRC (80.5%; 157 casos) y Ciudad Juárez (80.5%; 161 casos) obtuvieron un porcentaje de casos reactivos estadísticamente más alto de VHC en centros de tratamiento que la ciudad de Tijuana (69.5%; 137 casos); en tanto que Ciudad Juárez (91.7%; 144 casos) tuvo un porcentaje de casos reactivos de VHC estadísticamente mayor en sitios de consumo en comparación con SLRC (79.1%; 53 casos). En centros de tratamiento 14 usuarios indicaron estar diagnosticados por VIH y 136 por VHC, de los cuales 11 están recibiendo tratamiento por la primera y 3 por la segunda.
- En promedio la población ha buscado tratamiento para el consumo de heroína poco más de 10 veces. El 71.3% de los usuarios buscaron ayuda únicamente por su consumo de heroína y el 24.4% por la combinación de heroína con cristal. Por ciudad, se encontró que en Tijuana (81%) y Ciudad Juárez (77.5%) se busca significativamente más tratamiento por el consumo solo de heroína en comparación con SLRC (55.3%); mientras que en esta última ciudad (42.2%) el porcentaje de búsqueda de ayuda por el consumo de heroína combinada con cristal es más alto que en Tijuana (31%).
- Casi toda la población (96.8%) ha estado en un programa de 12 pasos residencial o ayuda mutua para tratar el consumo de heroína, seguido de una clínica de metadona o buprenorfina (31.7%) y ayuda basada en la fe o en alguna religión (26.4%). En Tijuana (44.7%) el porcentaje de usuarios que han accedido a tratamiento con metadona es significativamente mayor que el de Ciudad Juárez (27.5%) y SLRC (23%).
- Poco más de la mitad de los usuarios mencionaron que alguna vez en la vida habían estado inscritos en un programa de metadona (51.5% equivalente a 309 usuarios). De ellos, 9.7% se encontraba en esta modalidad al momento de la entrevista. En promedio han estado inscritos 2.6 veces en la vida. Por ciudad, los usuarios de Tijuana (56%) y Ciudad Juárez (59.5%) se han inscrito significativamente más en programas de metadona que los usuarios de SLRC (39%). Al momento del estudio en SLRC no se contaba con una clínica de tratamiento de mantenimiento con metadona.



- El 77.7% de los usuarios acudió a los centros de tratamiento de manera voluntaria. Entre las razones principales por las que decidieron ingresar a tratamiento se encuentran las siguientes: porque se sentían cansados de usar drogas “querían quebrar” (88.8%), porque la familia los motivó (40.6%) y para evitar el síndrome de abstinencia conocido como “malilla” (31.5%).
- El 22.3% de la población mencionó que acudió a tratamiento de manera involuntaria, siendo los padres (59.8%) quienes principalmente los obligaron a asistir. En SLRC (30%) el porcentaje de usuarios que han asistido a tratamiento involuntario es significativamente mayor que el de Tijuana (19%) y Ciudad Juárez (18%). El 10.6% de los usuarios que acudió de manera involuntaria a algún centro de rehabilitación lo hizo porque la policía lo refirió.
- Las razones más importantes por las que abandonaron el tratamiento con ese medicamento fueron: porque usaban al mismo tiempo heroína (41.5%), porque los síntomas de abstinencia eran más severos que los de la heroína (33.3%) y el 11.5% mencionó que era complicado ir todos los días.
- En lo que respecta a las recaídas, se encontró que estas son muy frecuentes y casi toda la población ha experimentado alguna (90.2%). En promedio, esta población logró detener su consumo 2.3 años. El 49.9% considera que recayó porque no tuvo la fuerza de voluntad para dejar de consumir, el 45.1% porque estaba rodeado(a) de amistades y conocidos que usaban drogas y por el deseo de escapar de la realidad (44.5%). En SLRC fue donde más se reportaron razones para recaer.
- Algunas barreras para acceder a tratamiento están relacionadas con sus percepciones acerca del consumo de heroína, como pensar que tenían un problema, pero que podían resolverlo sin ayuda (64.7%). Otras barreras se vinculan con la baja confianza en la efectividad de los programas de tratamiento, como haber estado en algún tipo de tratamiento que no les funcionó (50.3%). Las cuestiones económicas constituyen una barrera importante, pues un tercio de los usuarios mencionaron que no cuenta con recursos suficientes para pagar el tratamiento (31.8%). La lejanía de los centros de rehabilitación desde el lugar de residencia fue otro obstáculo mencionado (21.2%). El estigma es otro tema que impide o desalienta la motivación de los usuarios para buscar ayuda, los datos revelan que el 41.5% siente vergüenza o temor de ser señalado(a) y el 53.9% siente miedo de ser internado(a) en contra de su voluntad. En SLRC fue donde se reportaron más barreras de acceso a tratamiento.
- Los usuarios refirieron que sería recomendable que, en los centros de tratamiento, además de los servicios que ya les ofrecen, el tratamiento se reforzara con: “asistencia psicológica”, “ayuda espiritual”, “servicios de salud”, “actividades deportivas”, “talleres para aprender oficios”, “actividades artísticas”, “artículos para su higiene personal”, así como el “suministro de medicamentos para contrarrestar el síndrome de abstinencia en su estancia en el centro”.



- Respecto a la opción de abrir una clínica de consumo seguro con la finalidad de reducir el consumo de drogas en las calles, ayudar a prevenir y controlar el VIH y otros problemas de salud, el 76.1% estuvo de acuerdo en su creación, el 71.4% considera que una clínica así podría mejorar su salud y el 70.6% mencionó que, si hubiera una, haría uso de sus servicios.
- Por otra parte, el 93.8% de la población mencionó que ha sido detenida por la policía o el ejército alguna vez. Al 57.9% le han confiscado sus jeringas, al 47.8% le han pedido dinero por traer jeringas y/o drogas, al 47% le han roto sus jeringas y el 23.3% ha sido referido por la policía o ejército a tratamiento por su consumo de heroína. SLRC (50.3%) y Ciudad Juárez (53.5%) reportaron más casos de que la policía les ha roto sus jeringas que en Tijuana (37.2%). En Ciudad Juárez (60.3%) hay más casos en los que se les pide dinero y en SLRC (14.4%) son referidos menos veces a tratamiento por parte de la policía que en las otras dos ciudades. También se encontró que, de las veces que habían sido arrestados, 319 usuarios fueron sentenciados a prisión en promedio 3.2 de veces y 100 usuarios fueron sentenciados a recibir tratamiento obligatorio en promedio 1.4 veces.
- Los usuarios mencionaron que, los principales motivos por los que han sido detenidos por la policía son por posesión de drogas (55.7%), por estar deambulando (45.7%) y por posesión de parafernalia (38.5%). En Ciudad Juárez los usuarios son detenidos en mayor proporción por venta de drogas (29%) que en SLRC (18%), mientras que en esta última las detenciones son mayores por deambular (59%) en comparación con Ciudad Juárez (33.5%) y Tijuana (44.5%). El 31.5% consideró que lo detuvieron únicamente para cubrir su cuota de arresto, el 29.9% porque la policía sabía que era consumidor(a) de drogas y 10 participantes (6 mujeres y 4 hombres) mencionaron que uno de los motivos de detención fue para brindar algún servicio sexual gratis.
- En cuanto a la discriminación, el 58.6% de la población mencionó que alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o le ha ofendido por el consumo de drogas; mientras que el 49.5% ha sido rechazado al solicitar un trabajo debido al uso de drogas y el 18.1% ha dejado de acudir a un centro de tratamiento por maltrato verbal o físico por parte del personal. En Ciudad Juárez, se reportó significativamente más la discriminación por parte de la familia (72.5%) y al solicitar trabajo (65.5%), que en las otras dos ciudades. Adicionalmente, en SLRC (48.7%) se reportó más discriminación al solicitar trabajo que en Tijuana (33.5%).
- El 5% del total de la población (30 casos) reportó como país de nacimiento Estados Unidos (ver resultados de americanos en la sección correspondiente). Respecto a la población nacida en México, casi tres cuartas partes de los usuarios en centros de tratamiento refirió haber ido a Estados Unidos alguna vez en su vida (68%). El promedio de estancia en ese país fue de 13.8 años y el 59.1% fue deportado. La población de Tijuana mencionó con mayor frecuencia haber ido alguna vez a Estados Unidos (80.4%), en comparación con las otras dos ciudades (SLRC 68.3% y Ciudad Juárez 66.5%).



- En cuanto al consumo de drogas por la población que fue a Estados Unidos, el 57.6% (235 usuarios) mencionó que alguna vez consumió heroína en ese país. De ellos, el 42.5% indicó iniciar allá el consumo. Además de la heroína, 71.6% consumió cualquier otra droga en Estados Unidos; entre las más mencionadas, están mariguana (60.6%), cocaína (44.6%), cristal (24.4%) y crack (23%).



Componente epidemiológico
en centros de tratamiento:
usuarios nacidos en Estados
Unidos de América



COMPONENTE EPIDEMIOLÓGICO EN CENTROS DE TRATAMIENTO: USUARIOS NACIDOS EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA

Esta sección está basada en las 30 personas que nacieron en Estados Unidos de América y que buscaron tratamiento por su consumo de heroína en distintos centros de tratamiento de Tijuana, San Luis Río Colorado y Ciudad Juárez.

Características sociodemográficas

El 40% son mujeres y el 60% hombres. La mayoría reportó como estado civil soltero (a) (73.3%), 10% indicó estar casado (a), otro 10% vive en unión libre, 3.3% están separados/as y otro 3.3% están divorciados/as.

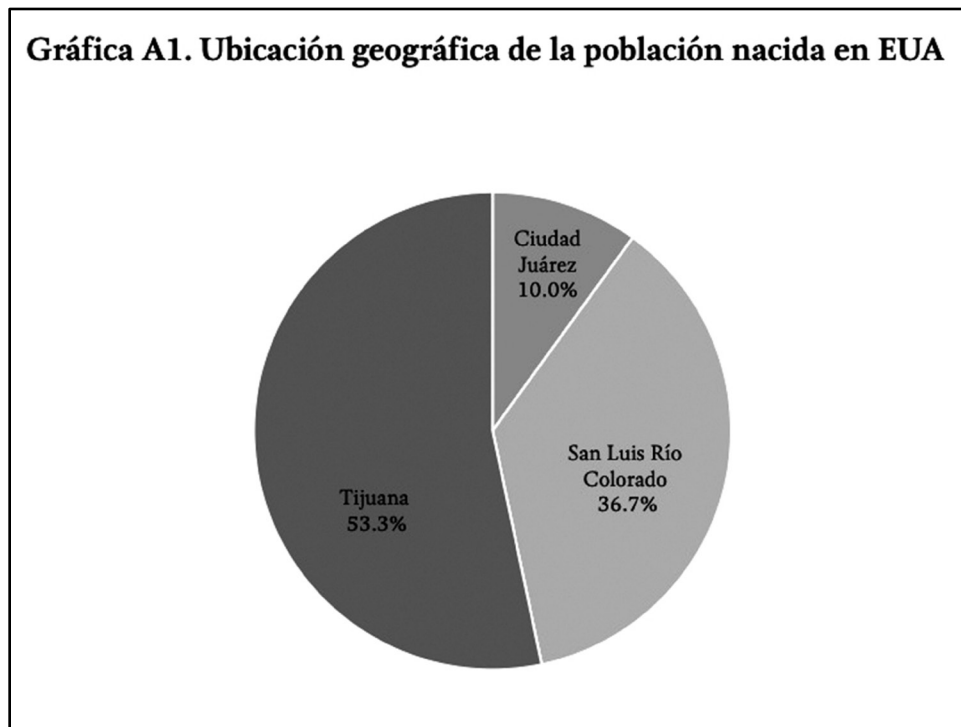
En cuanto al nivel escolar, el 10% mencionó tener la primaria, el 73.3% la preparatoria, otro 10% estudió una carrera técnica, y el 6.7% la universidad (Cuadro A1).

Cuadro A1. Características Sociodemográficas

	%
Sexo	
Mujeres	40.0
Hombres	60.0
Estado Civil	
Casado(a)	10.0
Unión Libre	10.0
Separado(a)	3.3
Divorciado(a)	3.3
Viudo(a)	-
Soltero(a)	73.3
Nivel Educativo	
Primaria	10.0
Preparatoria	73.3
Carrera Técnica	10.0
Universidad	6.7
Edad	Media
Mujeres	25.5
Hombres	31.9



De las ciudades donde se realizó el estudio, la población nacida en EUA se ubica principalmente en Tijuana (16 casos), seguido de San Luis Río Colorado (11 casos) y Ciudad Juárez (3 casos) (Gráfica A1).



Entre las principales fuentes de ingresos de esta población se encuentran: un empleo legal con salario o un empleo informal (27.6% cada una), la venta de drogas (13.8%), trabajo sexual (10.3%), fuentes ilegales (6.9%) y otras fuentes de ingreso (13.8%) como “dinero que me dan para mis hijos”, “pensión del gobierno”, “envíos de dinero” y “pedir dinero”.

El ingreso percibido por el 42.9% de los usuarios es de más de 8 salarios mínimos mensuales; es decir el equivalente a \$19,210.00 o más y el 25% percibe de 4 a 6 salarios mínimos (\$9,609.00 a 14,407.00) (Cuadro A2).

**Cuadro A2. Ingreso mensual**

	Equivalencia USD\$ 1 dólar = 19 pesos	%
Ingreso mensual		
Menos de un salario mínimo (\$2,400)	Menos de 126.32 USD	3.6
De 2 a 4 salarios mínimos (\$4,803 a \$9,608)	De 252.79 USD a 505.68 USD	21.4
De 4 a 6 salarios mínimos (\$9,609 a \$14,407)	De 505.74 USD a 758.26 USD	25.0
De 6 a 8 salarios mínimos (\$14,408 a \$19,209)	De 758.32 USD a 1011.00 USD	7.1
Más de 8 salarios mínimos (\$19,210 o más)	Más de 1011.05 USD	42.9

Los usuarios reportaron haber vivido principalmente en centros de tratamiento (93.3%), la casa o departamento de sus padres (60%) o de un amigo (51.7%), la calle (40%) albergues (10.3%) y hasta en lugares como iglesias (6.9%) o panteones (3.4%) (Cuadro A3).

Cuadro A3. Lugares donde ha vivido en los últimos 12 meses

	%
Lugares donde vivió la población	
Centros de tratamiento	93.3
Casa o departamento de sus padres	60.0
Casa o departamento de un amigo/a	51.7
Calle, lotes, puentes	40.0
Cuarto de renta (en hotel o casa)	37.9
Carro, autobús, camión u otro vehículo	36.7
Casas abandonadas (picaderos)	34.5
Centro de detención o penitenciarios	31.0
Compuertas	13.8
Albergues para migrantes	10.3
Albergues	10.3
Iglesias	6.9
Panteones	3.4

Consumo de heroína

Edad de inicio de consumo drogas y de heroína

En promedio, iniciaron el consumo drogas a los 14.1 años, a los 20.4 años consumieron heroína por primera vez y a los 21.2 años iniciaron su consumo vía intravenosa (Cuadro A4). El 80% de los usuarios consumió heroína en los Estados Unidos y el 73.3% lo hizo de manera inyectada. Solo el 16.7% inició su consumo de heroína en México.



Cuadro A4. Media de edad de inicio del consumo drogas y heroína

Droga	Media	Desviación Estándar
Cualquier droga	14.1	5.1
Heroína	20.4	5.3
Heroína inyectada	21.2	5.8

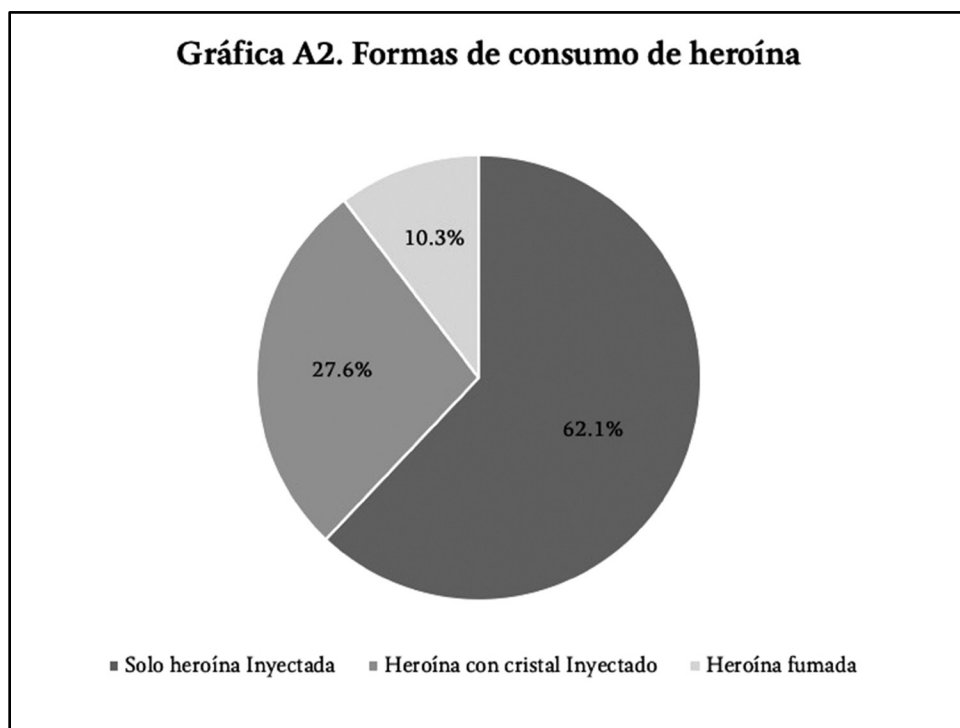
Prácticas de consumo

a) Cantidad y frecuencia

El patrón de consumo de heroína de los usuarios antes de ingresar a tratamiento era en promedio de 5.1 dosis al día. Todos reportaron que consumían diario.

b) Formas de consumo de la heroína y combinación con otras drogas

El 93.3% mencionó haber usado la vía intravenosa como forma de administración. El 62.1% mencionó que sólo consumía heroína y de forma inyectada, el 27.6% heroína inyectada con metanfetaminas (cristal) y el 10.3% heroína fumada (Gráfica A2).





c) Tipo de heroína consumida

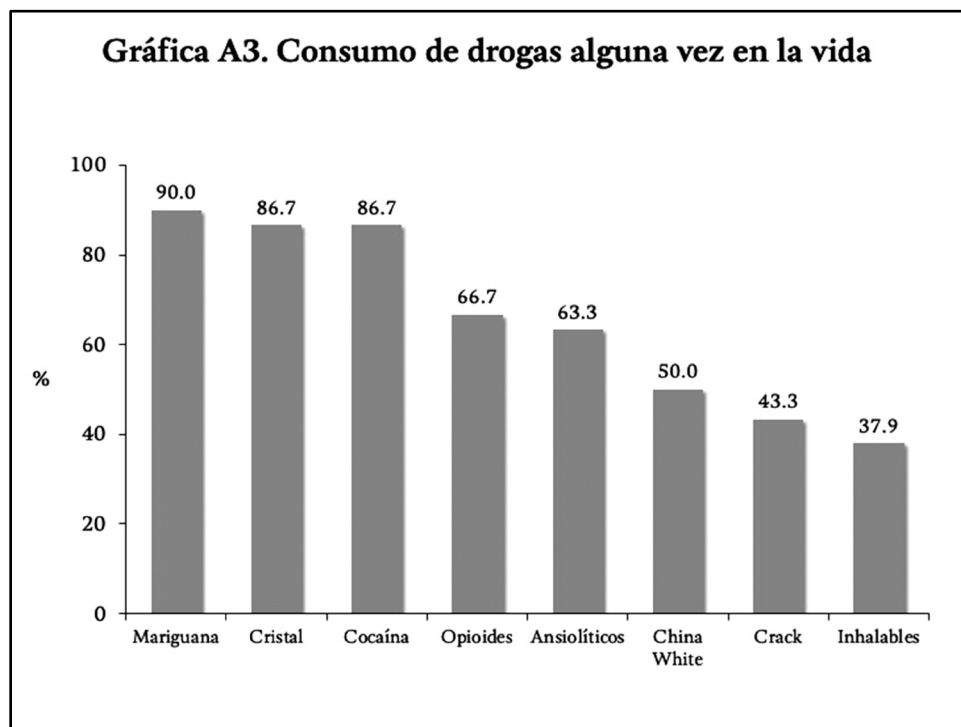
La mayoría de los usuarios refieren que la heroína que consumen es la goma negra (83.3%) seguida del polvo café (26.7%) y el polvo blanco (16.7%).

Además, el 60.7% señaló que ha disminuido la pureza de la heroína, el 35.7% considera que la pureza es la misma de antes y únicamente un 3.6% considera que ha aumentado.

Consumo de otras drogas

a) Consumo alguna vez en la vida

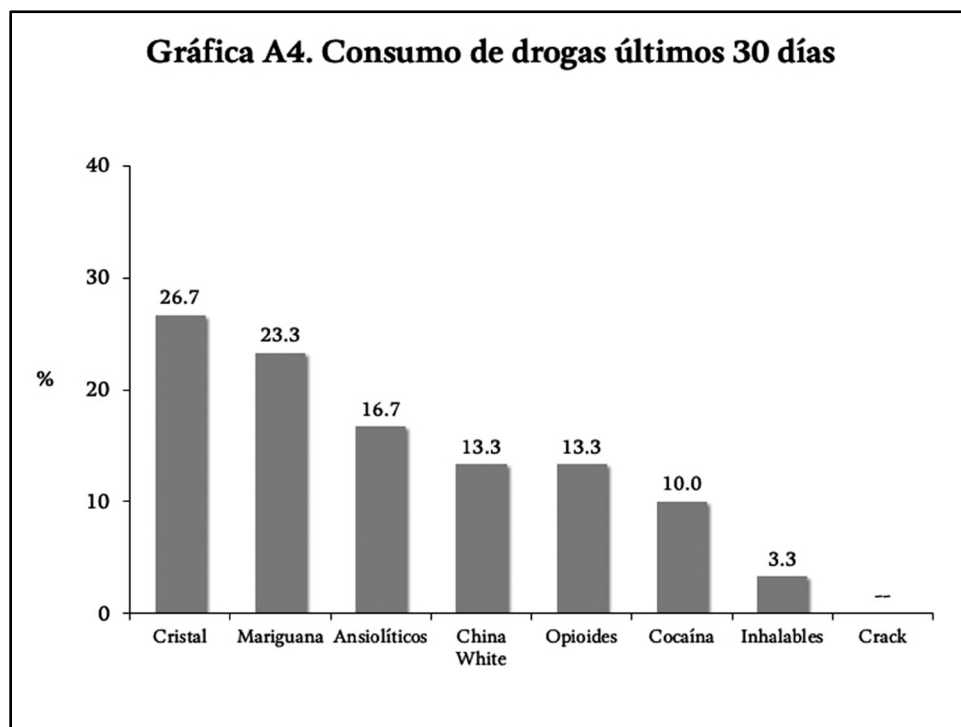
Para el consumo alguna vez en la vida, la marihuana es la droga de mayor consumo en la población (90%), seguida de las metanfetaminas (cristal) y la cocaína (86.7%), los opioides fuera de prescripción médica como la oxicodeona, tramadol, buprenorfina, etc. (66.7%), los ansiolíticos (63.3%), la china white (50%) y finalmente el crack (43.3%) y los inhalables (36.7%) (Gráfica A3).





b) Consumo últimos 30 días

El consumo actual de estas sustancias presenta los siguientes porcentajes: el 26.7% consume metanfetaminas (cristal), 23.3% marihuana, 16.7% ansiolíticos, 13.3% china white y otro 13.3% opioides fuera de prescripción médica; en menor proporción se encuentran la cocaína (10%) y los inhalables (3.3%) (Gráfica A4).



c) Consumo de opioides de prescripción médica.

Los usuarios que consumieron opioides fuera de prescripción médica reportaron principalmente: oxicodona (65%), tramadol (50%), hidrocodona (45%), metadona (20%) y darvón (5%) (Cuadro A5).

Cuadro A5. Opioides consumidos por la población*

Sustancia	%
Oxicodona	65.0
Tramadol	50.0
Hidrocodona	45.0
Metadona	20.0
Darvón	5.0

* Se muestra el porcentaje de casos (los casos están basados en las respuestas).



d) Consumo de fentanilo

Únicamente 4 usuarios consumieron fentanilo fuera de prescripción médica alguna vez en su vida y 2 en los últimos 30 días.

La media de inicio de consumo de esta sustancia fue de 19.3 años; 3 usuarios indicaron haberse inyectado la sustancia alguna vez en la vida y el promedio de años consumiendo fentanilo fue de 1.5 años. Los usuarios que reportaron consumir fentanilo diario fueron 3; mientras que 1 indicó al año. El promedio del número de veces que han consumido fentanilo fue de 5.3 veces.

Entre los efectos del fentanilo los usuarios mencionaron lo siguiente: *“todo pasaba de manera muy lenta”, “sentía felicidad y que me salía de mi conciencia”, “me hacía enojar y sentir muchos sentimientos diferentes” “sentía que se distribuía equitativamente en el cuerpo y adormecimiento”*.

La población que refirió haber consumido fentanilo, lo conoce como: *M 30, percocet y polvo blanco*.

De los 4 casos, tres mencionaron que conseguían el fentanilo en la calle y uno con un amigo.

Sobredosis

Los usuarios han experimentado en promedio tres sobredosis en la vida y dos en los últimos 12 meses.

Los principales métodos que han empleado los usuarios de heroína para revertir las sobredosis fueron naloxona y agua con sal inyectada (29.4% cada uno). Después mencionan el uso de hielo en partes del cuerpo (17.6%) y finalmente los servicios de emergencia (11.8%).

Los amigos de los usuarios son quienes en su mayoría los han ayudado a revertir los efectos de la sobredosis (44.4%), seguido de sus esposos/as o pareja, el personal de servicios médicos y desconocidos (16.7% cada uno).

De los usuarios que reportaron haber tenido una sobredosis alguna vez, el 72.2% indicó que la droga que consumió en su última sobredosis fue la heroína sola, seguida de la heroína con cristal, ansiolíticos (16.7% cada uno), metanfetaminas (11.1%) y finalmente *china white*, cocaína en polvo y PCP (5.6% cada uno). El 94.4% mencionó que se inyectó alguna de estas drogas en la última sobredosis (Cuadro A6).



Cuadro A6. Droga empleada en la última sobredosis.

Sustancia	%
Heroína sola	72.2
Heroína con cristal	16.7
Ansiolíticos	16.7
Metanfetaminas (cristal)	11.1
China white	5.6
Cocaína en polvo	5.6
PCP	5.6

El 61.1% de los usuarios tuvieron su última sobredosis en ciudades de México: el 38.9% en Tijuana, 11.1% en Ciudad Juárez, así como en San Luis Río Colorado y Mexicali (5.6% cada ciudad). Mientras que el 11.1% experimentó esta situación en una ciudad fronteriza de Estados Unidos y el 27.8% en una ciudad no fronteriza de Estados Unidos.

Además, el 22.2% mencionó que en las dos semanas previas había estado detenido por 3 días o más; en tanto que, el 11.1% mencionó que había dejado de usar drogas por 3 días o más porque estaba en tratamiento.

Prácticas de riesgo

En lo que respecta a las prácticas de riesgo asociadas al consumo de heroína vía intravenosa, los resultados indican lo siguiente:

En cuanto a la práctica de compartir jeringas:

- El 50% mencionó que presta a alguien una jeringa que previamente ya había usado.
- El 39.3% usó una jeringa que alguien más había usado.
- El 67.9% nunca limpia una jeringa con cloro antes de usarla.
- El 42.9% divide drogas usando una misma jeringa.
- El 60.7% usa parafernalia que alguien más ya había usado.
- El 17.9% compra drogas ya preparadas en una jeringa.



a) Uso de jeringas

De las veces que se inyectan, el 78.6% de los usuarios mencionó que siempre lo hacen con una jeringa nueva, el 14.3% indicó que algunas veces y el 7.1% dijo nunca inyectarse con una jeringa nueva. Respecto a la última vez que se inyectaron, el 75% de los usuarios mencionó que usó una jeringa nueva.

Los usuarios consiguen jeringas nuevas o usadas en distintos lugares; por ejemplo, en una farmacia (71.4%), en una tienda o mercado (32.1%), en la calle (21.4%), con un amigo (21.4%), en un picadero (17.9%), en un programa de intercambio de jeringas (17.9%), de alguien que las obtuvo en un programa de intercambio (10.7%), del suelo o la basura (7.1%), de un traficante de drogas (7.1%), con un doctor/clínica/hospital (3.6%).

La mayoría de la población considera que es fácil o bastante fácil conseguir jeringas nuevas (78.6%). Sin embargo, el 21.4% menciona que es difícil debido a alguna de las siguientes situaciones: *cuestan demasiado y no tienen dinero para comprarlas, no se las venden o no hay sitio donde comprarlas legalmente.*

Casos reactivos de VIH y VHC

De los usuarios en centros de tratamiento que aceptaron realizarse las pruebas de VIH y VHC, no hubo ningún caso reactivo para VIH; en contraste con el 39.3% que resultó reactivo para VHC.

Búsqueda de tratamiento

a) Drogas de impacto para la búsqueda de tratamiento

La heroína y las metanfetaminas (cristal) son las principales sustancias para la búsqueda de tratamiento, se encontró que el 66.7% de los usuarios buscaron ayuda solo por el consumo de heroína, mientras que, el 26.7% por la combinación de heroína con cristal y el 20% solo por cristal. Las drogas reportadas en menor proporción se presentan en el cuadro A7.



Cuadro A7. Drogas de impacto para la búsqueda de tratamiento

Drogas	%
Heroína sola	66.7
Heroína y cristal (metanfetaminas) juntas	26.7
Metanfetaminas (cristal) solas	20.0
Mariguana	13.3
Fentanilo	3.3
Heroína y cocaína juntos (speedball)	3.3
Cocaína en polvo	3.3
Crack	3.3
Alcohol	3.3

b) Tipo de ayuda o tratamiento que ha recibido la población

En promedio la población usuaria ha buscado atención para tratar su consumo de heroína 3.8 veces en la vida. El 40% ha recibido tratamiento en EUA en promedio 2.7 veces. Los principales tipos de tratamiento recibidos fueron ayuda mutua o programa de 12 pasos (93.3%) y en clínicas de metadona o buprenorfina (26.7%) (Cuadro A7).

Cuadro A7. Tipo de ayuda o tratamiento recibido

Tipo de tratamiento	%
Ayuda mutua o programa de 12 pasos residencial	93.3
Clínica de metadona/buprenorfina	26.7
Fe/Basado en la religión	13.3
Institución de gobierno	13.3
Programa de una Asociación de la Sociedad Civil	6.7
Grupos de hora y media	3.3
Hospital privado	3.3

c) Tratamiento voluntario

El 60% de los usuarios acudieron a un centro de tratamiento por su propia voluntad y las razones principales para ingresar fueron: porque se sentían cansados de usar drogas “querían quebrar” (77.8%), porque la familia los motivó (55.6%), para evitar el síndrome de abstinencia o “malilla”, para conseguir un trabajo (16.7% cada uno), problemas con la pareja, su pareja se lo pidió, por problemas de salud mental, porque ya no podían pagar las drogas (11.1% cada uno); las razones de menor proporción se pueden observar en la tabla A8.



Cuadro A8. Razones para la búsqueda de tratamiento

Razones	%
Estaba cansado de usar drogas (<i>quiero quebrar</i>)	77.8
Para evitar el síndrome de abstinencia (<i>evitar la malilla</i>)	16.7
Por problemas con la pareja	11.1
Para conseguir trabajo	16.7
Para evitar un arresto	5.6
Mi esposa o pareja querían que asistiera	11.1
Estaba embarazada/tuve un bebe	5.6
Me quitaron a mis hijos	5.6
Mi familia me motivó	55.6
Estaba enfermo y necesitaba atención médica	5.6
Tenía problemas de salud mental	11.1
Tuve una sobre dosis	5.6
Ya no podía pagar las drogas que usaba	11.1

d) Tratamiento involuntario

En tanto, el 40% de estos usuarios acudió de manera involuntaria al centro de tratamiento en el que fueron entrevistados, siendo los padres (75%), otros familiares como tío (a) o abuela (41.7%), hermanos (25%) y esposo (a)/pareja (8.3%) quienes los hicieron asistir.

e) Tratamiento de mantenimiento con metadona

Por otro lado, el 36.7% de los usuarios mencionó que alguna vez en la vida ha estado inscrito en un programa de metadona y sólo uno se encontraba en esta modalidad, el 18.2% había estado inscrito en los últimos 6 meses, el 18.2% hace más de 6 meses, pero menos de un año, el 27.3% hace más de un año, pero menos de 3 años, el 9.1% estuvo entre los 3 y últimos 5 cinco años y el 18.2% estuvo inscrito hace más de cinco años. En promedio la población ha empezado un programa de metadona 1.9 veces. La edad promedio de su primer tratamiento con metadona fue de 28.3 años.

Por otra parte, las razones por las que la población ha abandonado el tratamiento con metadona se podrían dividir en 2 grupos: (1) continuar consumiendo; todavía estaba usando drogas y no le veía sentido seguir yendo a metadona (50%) y percepción de que no funciona (10%). (2) problemas con el tratamiento; me sentí en peligro acudiendo a la clínica, era muy caro, la dosis era muy baja, me daban peor los síntomas de abstinencia (10% cada opción).



De los usuarios que continuaron consumiendo heroína, estando en tratamiento con metadona, el 62.5% se inyectó alguna droga, principalmente heroína sola (60%), seguida de heroína y cristal juntas (40%), china white, así como metanfetaminas solas y ansiolíticos (20% cada una).

Recaídas

En sus intentos por dejar de consumir, el 23.3% de los usuarios lo ha logrado entre 1 y 7 años. Sin embargo, la mayoría de la población (76.7%) ha tenido recaídas alguna vez. Las principales razones por las que comenzaron a consumir drogas después de haber estado en un centro de rehabilitación son: porque no les gustaba como se sentían cuando no consumían drogas o las drogas estaban disponibles fácilmente (47.8% cada uno), estaban rodeados de amistades y conocidos que usaban drogas, así como querer escapar de la realidad (43.5% cada opción) (Cuadro A9)

Cuadro A9. Razones para volver a consumir después de haber dejado algún centro de tratamiento.

Razones	%
No me gustaba como me sentía cuando no consumía drogas	47.8
Las drogas estaban disponibles fácilmente	47.8
Estaba rodeado de amistades y conocidos que usaban drogas	43.5
Quería escapar de la realidad	43.5
No tenía la fuerza de voluntad	39.1
Estaba aburrido, no tenía nada que hacer	39.1
Creía que podía con las drogas sin hacerme dependiente a ellas otra vez	30.4
Mi esposo(a) consumía drogas	26.1
Mi familia me hacía sentir mal/discutíamos mucho	17.4
El centro en el que estaba no me ayudó a encontrar otros servicios que yo necesitaba.	17.4
El programa de tratamiento no me funcionó	13.0
No encontraba trabajo	8.7
No tenía apoyo social	8.7

Barreras de acceso a tratamiento

La percepción que los usuarios tienen acerca de la situación de su consumo es la principal barrera para acceder a tratamiento. Poco más de la mitad de la población pensaba que podía resolver el problema solo (53.6%), el 35.7% pensaba que no tenía un problema y el mismo porcentaje pensaba que el problema mejoraría solo. Sus creencias acerca del tratamiento constituyen la segunda barrera para la



búsqueda de atención, al 44.8% le da miedo ser internados contra su voluntad, 42.9% piensa que le tomará mucho tiempo el tratamiento, el mismo porcentaje mencionó que no les ha funcionado el tratamiento recibido (42.9%) y finalmente el 35.7% piensa que el tratamiento no les ayudará. La tercera barrera es el acceso a las instituciones, el 26.9% indica que les queda muy lejos los centros de tratamiento y el 14.8% no cuenta con recursos económicos para cubrirlo (Cuadro A10).

Cuadro A10. Barreras de acceso a tratamiento

Situaciones que le impidieron o desalentaron para buscar ayuda	%
Pensar que tenía un problema, pero que podía resolverlo solo(a).	53.6
Tenía miedo de ser internado(a) en contra de su voluntad.	44.8
Pensó que le tomaría mucho tiempo el tratamiento.	42.9
Ya había recibido tratamiento, pero no funcionó.	42.9
Pensar que necesitaba ayuda, pero creía que el tratamiento no le ayudaría.	35.7
Pensar que no tenía un problema.	35.7
Pensó que el problema mejoraría solo.	35.7
Sentía vergüenza o temor de ser señalado(a)	28.6
El centro de tratamiento está muy lejos de donde vive.	26.9
El problema no le molestaba mucho.	20.7
No sabía a dónde acudir.	18.5
Le preocupaba lo que pensaría la gente si se enterara que está en tratamiento.	17.2
No cuenta con suficientes recursos económicos para pagar el tratamiento.	14.8
Le resultaba difícil llegar al sitio donde le atenderían.	14.3
Su seguro médico no cubre este tipo de tratamientos	10.7
Estaba insatisfecho(a) con los servicios disponibles.	10.7
Le había sido difícil conseguir una cita.	3.6

Necesidades de atención

Los usuarios refirieron que los servicios se podrían mejorar si además de lo que ya les ofrecen, el tratamiento se reforzara con: “atención psicológica”, “medicamentos”, “mejor alimentación”, “con proporcionarles artículos para su higiene personal”, “platicas de narcóticos y salud sexual”, “que hablen inglés”, “más servicios afuera” y “mejores tratos”.

En las medidas de reducción de daños, se exploró acerca de las clínicas de consumo seguro, el 80% de los usuarios apoyaría el concepto y el 73.3% piensa que sus compañeros también lo harían. El 70% considera que sería exitosa en la ciudad, el 66.7% la ocuparían y el 69% considera que una clínica de consumo seguro podría mejorar su salud.



Otras experiencias relacionadas con el consumo de heroína

a) Detenciones policíacas

El 82.8% de la población ha sido detenida por la policía. Al 35.7% le han confiscado sus jeringas, al 24.1% le han pedido dinero por traer jeringas y/o drogas, al 11.1% le han roto sus jeringas y el 14.3% de los usuarios reportó haber sido referido por la policía a tratamiento por el consumo de heroína.

Respecto a los motivos por los que han sido detenidos los usuarios, estos se dividen en dos rubros, los que los policías argumentan y lo que los usuarios llaman los motivos reales. Los resultados principales de los primeros fueron: posesión de drogas (56.7%), seguido de por estar deambulando (33.3%) y por posesión de parafernalia (30%); entre los motivos reales se encuentran: para limpiar la zona, hostigamiento y para llenar cuota de arresto (19.2% cada opción) (Cuadro A11).

Cuadro A11. Motivos de las detenciones policíacas

	%
Motivos de las detenciones por la policía	
Por posesión de drogas	56.7
Por estar deambulando	33.3
Posesión de equipo de consumo	30.0
Por robo o cualquier otro delito	26.7
Por alterar el orden público	23.3
Porque no tenía identificación	16.7
Por ningún motivo, sólo me detuvieron	16.7
Por venta de drogas	13.3
Por denuncia de la gente	10.0
Motivos reales de las detenciones según los usuarios	
Para limpiar la zona	19.2
Para hostigarme	19.2
Para llenar su cuota de arresto	19.2
Sabían que era consumidor de drogas	15.4
Para quitarme dinero	11.5
Para recibir servicios sexuales gratis	11.5
Vieron mis marcas (<i>traques</i>) en el cuerpo	7.7
Me vieron usando los servicios de intercambio de jeringas	3.8
Me vieron comprando jeringas	--

Por otro lado, el 43.3% de los usuarios mencionó haber sido sentenciado a prisión y el 16.7% sentenciado a tratamiento obligatorio por su uso de drogas. En promedio la población arrestada ha sido sentenciada a prisión 1.8 veces y sentenciada a tratamiento obligatorio por uso de drogas 1.4 veces.



b) Discriminación hacia la población usuaria de heroína

Finalmente, el 40% de la población usuaria indicó que alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su uso de drogas, mientras que el 13.3% ha sido rechazado al solicitar un trabajo debido a su consumo de droga y el 6.9% ha dejado de acudir a un centro de tratamiento por maltrato verbal o físico por parte del personal.



RESUMEN DE RESULTADOS DEL COMPONENTE EPIDEMIOLOGICO: USUARIOS NACIDOS EN ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA.

- En el estudio, 30 personas reportaron como país de nacimiento Estados Unidos de América. El 40% son mujeres y el 60% hombres, tienen un promedio de edad de 25.5 años y 31.9 años respectivamente. El ingreso percibido por el 42.9% de los usuarios es de más de 8 salarios mínimos mensuales; es decir el equivalente a \$19,210.00 o más y el 25% percibe de 4 a 6 salarios mínimos (\$9,609.00 a \$14,407.00). Entre las principales fuentes de ingresos de esta población se encuentran: un empleo legal con salario o un empleo informal (27.6% cada una), la venta de drogas (13.8%) y otras fuentes de ingreso (13.8%) como “dinero que me dan para mis hijos”, “pensión del gobierno” y “envíos de dinero”. Los usuarios reportaron vivir principalmente en centros de tratamiento (93.3%) y en la casa o departamento de sus padres (60%).
- En promedio, iniciaron el consumo de drogas a los 14.1 años y a los 20.4 años consumieron heroína por primera vez. El 80% de los usuarios consumió heroína en los Estados Unidos, solo el 16.7% inició su consumo de heroína en México. El patrón de consumo de heroína de los usuarios antes de ingresar a tratamiento era en promedio de 5.1 dosis al día. Todos reportaron que consumían diario. El 62.1% mencionó que sólo consumía heroína y de forma inyectada, el 27.6% heroína inyectada con metanfetaminas (cristal). La mayoría de los usuarios refieren que la heroína que consumen es la goma negra (83.3%), seguida del polvo café (26.7%) y el polvo blanco (16.7%).
- Para el consumo alguna vez en la vida, la marihuana es la droga de mayor consumo en la población (90%), seguida del cristal y la cocaína (86.7%), los opioides fuera de prescripción médica como la oxicodona, tramadol, buprenorfina, etc. (66.7%), los ansiolíticos (63.3%) y la china white (50%). El consumo actual de estas sustancias presenta los siguientes porcentajes: el 26.7% consume cristal 23.3% marihuana, 16.7% ansiolíticos y 13.3% china white.
- Los usuarios que consumieron opioides fuera de prescripción médica reportaron principalmente: oxicodona (65%), tramadol (50%) e hidrocodona (45%). Únicamente 4 usuarios consumieron fentanilo fuera de prescripción médica alguna vez en su vida y 2 en los últimos 30 días.
- Los usuarios han experimentado en promedio tres sobredosis en la vida y dos en los últimos 12 meses. De los usuarios que reportaron haber tenido una sobredosis alguna vez, el 72.2% indicó que la droga que consumió en su última sobredosis fue la heroína sola, seguida de ansiolíticos y heroína con cristal (16.7% cada uno). Los principales métodos que han empleado los usuarios de heroína para revertir las sobredosis fueron naloxona y agua con sal inyectada (29.4% cada uno). El 22.2% mencionó que en las



dos semanas previas a la sobredosis había estado detenido por 3 días o más; en tanto que, el 11.1% mencionó que había dejado de usar drogas por 3 días o más porque estaba en tratamiento.

- En lo que respecta a las prácticas de riesgo asociadas al consumo de heroína vía intravenosa, los resultados indican lo siguiente: el 50% mencionó que presta a alguien una jeringa que previamente ya había usado, el 39.3% usó una jeringa que alguien más había usado, el 42.9% divide drogas usando una misma jeringa, el 60.7% usa parafernalia que alguien más ya había usado, el 17.9% compra drogas ya preparadas en una jeringa.
- De los usuarios en centros de tratamiento que aceptaron realizarse las pruebas de VIH y VHC, no hubo ningún caso reactivo para VIH; en contraste con el 39.3% que resultó reactivo para VHC.
- La heroína y las metanfetaminas (cristal) son las principales sustancias para la búsqueda de tratamiento, se encontró que el 66.7% de los usuarios buscaron ayuda solo por el consumo de heroína, mientras que el 26.7% por la combinación de heroína con cristal y el 20% solo por cristal.
- En promedio, la población usuaria ha buscado atención para tratar su consumo de heroína 3.8 veces en la vida. El 40% ha recibido tratamiento en EUA en promedio 2.7 veces. Los principales tipos de tratamiento recibidos fueron ayuda mutua o programa de 12 pasos (93.3%) y en clínicas de metadona o buprenorfina (26.7%).
- El 60% de los usuarios acudieron a un centro de tratamiento por su propia voluntad y las razones principales para ingresar fueron: porque se sentían cansados de usar drogas “querían quebrar” (77.8%) y porque la familia los motivó (55.6%). En tanto, el 40% de estos usuarios acudió de manera involuntaria al centro de tratamiento en el que fueron entrevistados, siendo los padres (75%) quienes los hicieron asistir.
- Por otro lado, el 36.7% de los usuarios mencionaron que alguna vez en la vida han estado inscritos en un programa de metadona. Las razones por las que la población ha abandonado el tratamiento con metadona se podrían dividir en 2 grupos: continuar consumiendo y problemas con el tratamiento (“me sentí en peligro acudiendo a la clínica”, “era muy caro”, “me daban peor los síntomas de abstinencia”).
- En sus intentos por dejar de consumir, el 23.3% de los usuarios lo ha logrado entre 1 y 7 años. Sin embargo, la mayoría de la población (76.7%) ha tenido recaídas alguna vez. Las principales razones por las que comenzaron a consumir drogas después de haber estado en un centro de rehabilitación son: porque no les gustaba como se sentían cuando no consumían drogas o porque las drogas estaban disponibles fácilmente (47.8% cada uno). Sus creencias acerca del tratamiento constituyen una barrera para la búsqueda de atención, al 44.8% le da miedo ser internado contra su voluntad y al 42.9% no le funcionó el tratamiento recibido. Los usuarios refirieron que los servicios se podrían mejorar si además de lo que ya les ofrecen, el tratamiento se reforzara con: “atención psicológica”, “medicamentos”, “que hablen inglés”, “más servicios afuera” y “mejores tratos”.



- En las medidas de reducción de daños, se exploró acerca de las clínicas de consumo seguro, el 80% de los usuarios apoyarían el concepto, el 66.7% la ocuparía y el 69% considera que una clínica de consumo seguro podría mejorar su salud.
- El 82.8% de la población ha sido detenida por la policía, los motivos fueron principalmente por posesión de drogas (56.7%) o solo por estar deambulando (33.3%). Al 35.7% le han confiscado sus jeringas, al 24.1% le han pedido dinero por traer jeringas o drogas y el 14.3% de los usuarios reportó haber sido referido por la policía a tratamiento. En promedio, la población arrestada ha sido sentenciada a prisión 1.8 veces y sentenciada a tratamiento obligatorio por uso de drogas 1.4 veces.
- Finalmente, el 40% de la población indicó que alguien de su familia le ha mostrado desprecio, rechazo o lo ha ofendido por su uso de drogas, mientras que el 13.3% ha sido rechazado al solicitar un trabajo debido a su consumo de droga y el 6.9% ha dejado de acudir a un centro de tratamiento por maltrato verbal o físico por parte del personal.



Componente Cualitativo en
Sitios de Consumo



COMPONENTE CUALITATIVO EN SITIOS DE CONSUMO

Historias y prácticas de consumo

a) Inicio en el consumo: cómo comenzó todo

Se encontró que el alcohol y el tabaco son las drogas de inicio para la mayoría de la población usuaria de heroína. Al comienzo de su trayectoria también consumen marihuana, cocaína y a veces inhalables. No existe un orden cronológico en su consumo, pero estas son las sustancias de inicio que más mencionaron en las tres ciudades. Posteriormente, experimentan con otras sustancias, como el crack, las metanfetaminas, el cristal, la heroína y otras drogas de uso médico. Para intensificar los efectos de estas sustancias es común que las combinen.

Un par de datos relevantes apuntan a que los usuarios tardan en promedio seis años para iniciarse en el consumo de heroína, después de haber consumido por primera vez una droga. Son pocos los que inician directamente con la heroína.

La edad de inicio en el consumo de heroína es en promedio a los 20 años, algunos usuarios inician a edades muy tempranas, prácticamente en la niñez. Hay casos en los que la primera vez que fue a los 7, 10 u 11 años, motivados por alguien cercano, por algún familiar o amigo. El tema de la familia en el inicio del consumo es muy importante, porque haber nacido en una familia en la que uno o más de sus miembros usan heroína u otras drogas, genera el entorno propicio para usarlas y abusar de ellas.

Mujer, 23 años, Tijuana:

“Ella [mamá] me inyectó por primera vez, sí, yo tenía 10 años. Lo hizo con cocaína, yo nomás me acuerdo que los pies se me doblaban así bien feo ya de repente me quedé dormida, fue todo lo que sentí.

Cuando estaba más grandecita le pregunté a mi mamá qué era eso y me dijo que era chiva lo que me había puesto, y yo le pregunté ¿dónde están las conectas? Y me dijo, allá están luego en la esquina, dice, ve y cómpratelas [las dosis de heroína] y me traes dos a mí... compré dos más y dos de ella y se las di y fue todo”.



Es común que algunos inicien consumiendo heroína por vía inhalada o fumada, principalmente por miedo a inyectarse. Sin embargo, después de un tiempo la mayoría cambia a la vía intravenosa, porque buscan potencializar los efectos o porque inhalar la heroína después de un tiempo les provoca problemas en la nariz. Al iniciar el consumo, son recurrentes los relatos que señalan que la primera vez que consumieron heroína no fue agradable, pues sintieron náuseas, mareos y vómito, aunque también mencionaron que esas sensaciones desaparecieron las siguientes ocasiones.

En cuanto al patrón de consumo, regularmente es intenso en frecuencia y cantidad. En promedio consumen 5 veces al día, pero hay algunos que consumen más de 10 veces al día.

Hombre, 24 años, Ciudad Juárez:

“Mi tío se drogaba y se quedaba bien curado y le robaba lo que quedaba en la jeringa y ya me la nariceaba yo solo, vomitaba los primeros días, como nunca le había puesto ¡ah! me sentía todo mareado y luego vomitaba... le pregunte ¿qué se siente por la vena tío?, me dice ¡no, no! por la vena no te voy a dar y ya al último, ya de tanto, me inyectó, porque ya me estaba ardiendo la nariz y ya me estaba dando asco por la nariz... Nariceándomela duré como dos años y después, la primera vez me la tiró por la vena me gustó chido y duré otros tres años curándomela [inyectándose heroína] en las manos y en los brazos...”.

b) La chiva

La población de las tres ciudades mencionó que el tipo de *chiva* que consumen comúnmente es la goma negra, algunos han consumido la café, rojiza o color sangre. En Ciudad Juárez, por su aspecto, la identifican popularmente como “*sangre de pichón*”. También han consumido la heroína en polvo blanco, que probablemente sea la conocida como *china white*, siendo los usuarios de Tijuana quienes más describieron el consumo de este tipo de heroína.

Hombre, 45 años, Ciudad Juárez:

“A veces piensan que, porque está más oscura [la heroína], está más buena o que si está más clara, vehá, se miran las dos, están del mismo tamaño y todo y a veces sale una así clara como la canela y a veces sale una oscura como el café negro [...]”



Para los usuarios la chiva es parte de su vida, les da fuerza para seguir adelante, para sobrevivir, para reducir sus malestares físicos y emocionales.

Hombre, 39 años, Ciudad Juárez:

“La heroína me ha ayudado a olvidar y a sentir fuerzas... la heroína ha sido una parte esencial mía porque es un analgésico, en su momento vuelvo a recaer para olvidarme...me ayuda para seguir adelante. Lamentablemente la heroína yo sé que me destruye, es un enemigo muy canijo, pero la heroína ha sido mi mano derecha para seguir adelante [llora] ...para enfrentarme a mí mismo, para verme al espejo, para decir bueno, si he crecido sin la heroína y puedo hacer una vida normal, pero en su momento llegan traumas que no he podido superar y la heroína me ha ayudado a sacarlos, me ha ayudado a enfrentarlos, me ha ayudado a anestesiar ese dolor y sacar esa fuerza, ese coraje para seguir adelante...”

c) La parafernalia

Los instrumentos que utilizan para inyectarse heroína son: jeringa, cuca o *cacharro*, cuchara, algodón y encendedor. El *cacharro* o *cuca*, es un recipiente pequeño que se usa para diluir la sustancia y es regularmente de metal. Es común que fabriquen sus *cacharros* con la parte inferior de una lata cortada de refresco o cerveza, la pieza invertida tiene un hundimiento que es suficiente para diluir ahí la heroína. A veces utilizan cucharas de metal, aunque en los sitios de consumo, se pudo observar que a falta de *cacharro* de metal y en la desesperación por consumir, llegan a utilizar cucharas de plástico. También utilizan las corcholatas de los refrescos de vidrio o de cualquier otro producto embazado que tenga tapa.

La preparación de una dosis de heroína consiste en depositar la sustancia en el *cacharro*, le ponen un poco de agua, la calientan y comienzan a diluirla con ayuda de la parte trasera del émbolo de la jeringa. Posteriormente, le colocan un pedazo pequeño de algodón, el cual regularmente extraen del filtro de algún cigarro, y por último ponen la aguja de la jeringa en el algodón y comienzan a sustraer la heroína ya cocinada.



Cuando ya han puesto toda la sustancia en la jeringa, se inyectan en la parte del cuerpo que han elegido previamente: brazos, piernas, manos o cuello. Existen partes del cuerpo más riesgosas que otras, por eso es importante elegir acertadamente, aunque a veces ya no tienen opciones y lo hacen donde pueden. Con frecuencia alguien les ayuda a inyectarse puede ser un compañero o el *doctor (usuario de heroína que por su pericia inyecta a otros usuarios)* del picadero.

Mujer, 33 años, Ciudad Juárez:

“Haz de cuenta que agarras un bote de aluminio en lo de atrás y de ahí la pegas, porque es como si fuera plastilina, pero negra y luego le echas veinte rayas de agua o diez, lo que tú quieras. Muchos le echan hasta treinta, pero se hace más pinche agua que heroína; yo no, yo no más lo máximo que le echo a una cura son veinte de agua, la cuqueas [cocinar o preparar la dosis de heroína], la agarras en una jeringa de insulina y te la inyectas”.

Presencia de otras sustancias

a) China White

La mayoría de la población usuaria de heroína relata que sabe de la existencia de la *china white*, pero también coinciden en que ya no se encuentra tan fácil, a excepción de Tijuana, en donde algunos comentan que aún la pueden conseguir. Otros usuarios refieren haberla consumido en años pasados. Esta sustancia es un tipo de heroína en polvo de color blanco y más potente, según sus testimonios. Por lo tanto, toman sus precauciones para no tener una sobredosis. Algunos que la han consumido y otros que saben de ella, aseguran que la *china white*, es una heroína de mejor calidad.

Hombre, 47 años, Ciudad Juárez:

“La china white tiene como unos 15 años que la usé, ya no he oído de ella para nada. Pues a mí me pegó, primero mi hermano se enojó conmigo porque me la dieron blanca... pendejo te encargué heroína, no te encargué soda [cocaína], le dije, es heroína, es china white, y ¿qué es eso? no te hagas pendejo, yo no me voy a meter eso, si ando bien malilla, ahorita me voy a poner peor... Yo me metí al mercado y ahí me atasqué, salí bien curado y todo, me dice, ya ves ¿no qué no traías negra?, le dije, es heroína, na' más que se llama china white, es blanca, a ver dame, y le di un buen pedazo en polvo, se la di y ¡nooo! salió encantando, pero el bato el que nos la vendió, ya no lo miramos para nada... ya no la volví a probar”.



Hombre, 23 años, Tijuana:

“Tá más fuerte la china white, porque yo no la siento igual, con la heroína sientes desesperación, frustración con esa madre está peor porque son como veinte veces más, parece como si fuera piedra [crack] pero en polvo blanco te da más culero la malilla”.

b) Cristal

La sustancia más usada en la frontera noroccidental, además de la heroína, es el cristal. En SLRC se calcula que el 80% de la población usa cristal; según la percepción del personal en centros de tratamiento. En las otras ciudades también hay consumo de esa droga; sin embargo, hay zonas en donde está regulada o prohibida su venta por el narcotráfico. La combinación de cristal con heroína es una práctica frecuente entre los usuarios. Aunque reconocen que se corren riesgos al combinarlas, argumentan que sienten efectos más potentes, pero también experimentan cambios que van desgastando su salud. Es probable que el cristal sea una droga que atrae más a las mujeres, en el trabajo de campo, por ejemplo, se encontró que había menos mujeres usuarias de heroína y más usuarias de cristal en los centros de tratamiento. Asimismo, los responsables de los centros reportaron que las mujeres llegaban más por uso de cristal que por consumo de heroína.

Hombre, 41 años, SLRC:

“Pues horita sí, el hielo [ice, cristal] revuelto con heroína, tengo como unos cinco o seis meses que empecé a probarlo así, por la presión, pues aquí en el barrio todos ya le andaban poniendo revuelto, decía yo, ya no me pega la heroína sola... y sí, llegó el momento de que pues ¿a ver?, lo probé y cuál fue mi sorpresa de que mi adicción es doble, porque pues ya si no le echo hielo, ya no me pega la pura heroína. Nunca había andado tan jodido como ando ahorita, también la malilla es un poco más fuerte, con la pura heroína tal vez era otro rollo. El hielo pues es una droga que da pa' arriba, a veces hasta una semana sin dormir, hacen daño, físicamente pues te vas para abajo más rápido, hay muchos más cambios, de la mente no me siento tan jodido, pero si he mirado personas que el hielo los afecta mentalmente también”.

Otro de los señalamientos apunta a que el consumo de heroína es peor visto que el de cristal. Una de las observaciones más importantes, es que, a diferencia de los usuarios de heroína, la mayoría de los que consumen sólo cristal aún conservan la relación con sus familias y tienen mayor apoyo tanto de ellos, como de otros grupos sociales.



Mujer, 34 años, Tijuana:

“La gente nos mira por debajo del hombro, o sea, un tecato, un cristalón, el tecato es de lo peor, la verdad, nos ven como que somos menos personas, que valemos menos y yo siento que en realidad no debe de ser así, pero la gente así nos mira. Pues nosotros mismos andaremos todos mugrosos o así, pero pos nosotros no nos miramos por el físico, es como un lazo que hay entre todos los tecatos. Ahí en donde vivía cuando era cristalona nadie me la hacía de tos [buscar problemas] y na’ más me hice adicta a la heroína y hasta un vaso de agua me niegan...”.

c) Fentanilo

En las tres ciudades se indagó sobre la presencia de fentanilo, tanto en los espacios de consumo como en los centros de tratamiento. A través de los instrumentos de recolección de información, la observación, las entrevistas con informantes clave y las pláticas informales, se encontró que la mayoría desconoce qué es el fentanilo. Algunos que sabían de su existencia, se habían enterado por notas de periódico, por internet o por las noticias en radio y televisión. Por este motivo, no se dio más información a los participantes sobre el tema.

Hombre, 38 años, Tijuana:

“Lo oí una vez, hace poquito estaba un periódico que decía algo así, que en la ciudad de Mexicali habían agarrado no sé cuántas toneladas de ese tipo de droga [fentanilo], que es una droga parecida a la heroína y que venía o sea llegaba aquí a Tijuana, no sé de dónde la traían, como dos cajas de trailer, algo así, entonces que es conocida como eso que dijiste, pero los efectos son parecidos a la heroína, se mezcla casi más o menos igual, pero son veinte veces más potente que la heroína y altamente dañino y adictivo”.

Un resultado importante fue encontrar que algunos usuarios han escuchado que la *china white* contiene fentanilo, pero no se tiene certeza de esta información. Únicamente dos hombres y una mujer confirmaron haber consumido en Tijuana y Ciudad Juárez este opioide. Entre las razones por las que buscan el fentanilo, los tres participantes describieron que es por el efecto que les produce, el cual es más potente, placentero y con mayor duración del *rush* que con la heroína. En particular la mujer entrevistada mencionó que además le permite ser funcional y de esta forma la resignifica sintiéndose más humana.



Otros aspectos relevantes narrados por los usuarios fueron los relacionados, con la presentación de fentanilo (que puede ser en pastillas o en polvo blanco), el costo de la dosis (similar a una dosis de heroína alrededor de 50 pesos mexicanos) y las vías de administración (inyectado o inhalado¹).

Hombre, 47 años, Ciudad Juárez:

“El fentanilo es una delicia, un camarada me dio, se la dieron por un trabajo. Nos la dieron en una bolsita... eran dos pastillas y nos tomamos media cada quien... ¡no mbre! me pegó muy fuerte. ¿Después se me pasó el efecto? ¡nooo! Me sentía así, bien desorientado y la mera verdad está suave porque sí se siente un buen viaje... Nos dijeron que venía a suplir a la morfina. Me dijeron que en una farmacia de aquí están vendiendo clandestinamente, pero no he ido a informarme ni nada. Yo ahí voy y compro rivotril y tramadol, porque ahí venden de cualquier pastilla sin receta. Dicen que ahí están vendiendo, pero mejor yo me reservo”.

Mujer americana, 51 años, Tijuana:

E: *¿Alguna vez has escuchado hablar del fentanilo?*

P: *“Oh, sí me gusta el fentanilo, cuando una usa heroína está preocupada por la siguiente y la siguiente. Con el fentanilo no, puede pasar todo el día y sólo llega el momento en que dices necesito la siguiente. La malilla no, no es lo mismo, no te da así. Con la heroína el síndrome de abstinencia te va a llegar en unas horas, con el fentanilo no. El efecto es como el de la heroína, pero más potente, con la heroína es para no enfermarte, pero con el fentanilo es para sentir placer. Me permite ser funcional, no tengo que trabajar todo el día, me permite ahorrar, me hace sentir como un ser humano, puedo hacer las cosas que otra gente hace, ir a los abarrotes, puedo ir a bañarme, puedo ir a comer como otras personas.*

El fentanilo cuesta 50 pesos en la conecta”.

E: *¿Alguien te dijo que era fentanilo? P: “Hay personas que saben muy bien lo que es, pero no sé porque no se lo dicen a la gente, yo no veo nada dañino que le digan a la gente lo que es”.*

E: *Y la china white ¿cómo es? P: “Es muy fuerte, pero la china se ve como un hielo machacado, como un vidrio quebrado. El fentanilo es un polvo blanco”.*

¹ De acuerdo con una de las narrativas, cuando la vía es inhalada se mezcla con cáscara de huevo molido para que no se deterioren las fosas nasales.



d) **Mixeando la heroína**

Son cuatro las principales combinaciones de la heroína con otras drogas: cocaína, cristal, alcohol y medicamentos ansiolíticos y de tipo opioide. La mezcla de heroína con cocaína es una de las más recurrentes, conocida como *speedball*, *speed*, *speedy* o *speedbulazo*. Los usuarios que lo hacen argumentan que la cocaína o la *soda*, como le llaman coloquialmente, los mantiene activos, acelerados, incluso *paniqueados* (asustados); es decir, “*les da pa’ rriba*” y la heroína “*les da pa’ bajo*”, los relaja, los calma o los duerme.

Hombre, 24 años, Ciudad Juárez:

La coca cuando haces speedy con chiva y te inyectas, primero te pega la soda [cocaína] pa’ rriba, andas acá relax, paniqueadón. Cuando se te baja ese rollo, me curo vedá y ando paniqueado acá ¡órale! y ya se me quita lo paniqueado y ya me comienza a pegar, se me borra el casete, ando acá todo pa’ rriba, brinque y brinque y no más me siento en un lado y como que el avión baja y ya me relajo y me levanto y otra vez pa’ rriba, durante un rato nada más”.

Algo similar sucede con la combinación de heroína con cristal, los relatos de los usuarios indican que les permite realizar sus actividades, ya que se sienten funcionales, fuertes, animados y los levanta para ir al *talón*, les da para arriba, nada comparado con la heroína sola. Por otra parte, realizan esa combinación para potencializar los efectos, porque ya no sienten la misma intensidad solo con la heroína. Además, lo usan para incrementar el deseo sexual y tener una vida más placentera.

Hombre, 47 años, Tijuana:

“Porque con el cristal pues se siente el rashazo y a veces no duermes ¡Ahhh! ¡Y me manda al talón! no sé, me pone bien activo, la neta”.

Hombre, 43 años, Tijuana

“No, ya no me hace, ya no me pega la heroína sola y cada rato me decían no, pues échale poquito hielo pa’ que la sienta y sí, llegó el momento de que pues a ver, lo probé y cuál fue mi sorpresa de que mi adicción es doble porque pues ya sino le echo hielo, ya no me pega la pura heroína, entonces ya es doble porque tengo que conseguir para la heroína y tengo que conseguir para el hielo”.



Hombre, 40 años, Tijuana

“El cristal es una droga de lujuria, de euforia, de lujuria, de que nada más anda pensando uno en la mujer, o sea como que lo calienta a uno el sistema pues, y la heroína no, la heroína todo lo contrario”.

Algunas situaciones que explican porque combinan heroína con estas drogas, se deben a que los efectos de la heroína sola ya no les son suficientes, no llegan a sentir lo que mismo que cuando iniciaron y buscan de nuevo el efecto placentero, el *rash* o el *rush*, como le llaman coloquialmente y además la mala calidad de la heroína los lleva a tomar la decisión de combinar con otras drogas a pesar de los riesgos implicados.

Hombre, 39 años, SLRC:

“Cocaína con la heroína, antes era lo que usaba diario, lo usaba mucho. Se pone uno bien zumbado, bien activo, nada más que la cocaína pues es a cada ratito. Cuando le echa uno cocaína a la heroína es cada dos, tres minutos, porque se acaba el rash luego, luego pues, la reacción, na’ más es ¡fun! y otra vez quiere volverse a inyectar uno, es más fuerte, las ganas y la sensación de inyectarse”.

Pocos usuarios relataron que desde el inicio consumieron la heroína combinada, ya fuera con cocaína o con cristal y también mencionaron que la mezcla de heroína con cristal se vende preparada en ciertos puntos de venta, con el mismo costo que la heroína (aproximadamente \$60.00). Algunos usuarios detectan como al combinar cristal con heroína, pueden contrarrestar los efectos de somnolencia de la heroína y así evitar una sobredosis. Sin embargo, también reconocen que esta combinación les provoca más abscesos cutáneos.

Hombre, 75 años, Tijuana:

“Ahorita ha disminuido la sobredosis, yo pienso que, por el uso del cristal, porque antes como era pura heroína la que la gente usaba, entonces era más frecuente que la gente tuviera sobredosis, el cristal te ayuda a que la heroína no pegue sola, porque la sobredosis viene por la heroína, por el contenido que usa uno más, es lo que te pega la sobredosis, entonces el cristal como ya va incluida la heroína, pienso yo que ha disminuido por el uso de eso”.



Mujer, 28 años, Tijuana:

“Pero con crico [cristal] es súper peligroso, más riesgo, ¿no? Nunca me había pasado eso hasta que, con el cristal se me hicieron unas bolas ¿no? y como estaba aquí pues con todo rosaba y me empezaba a doler, entonces dije yo ¿qué pedo? ¿cuál es el problema? ¿no? o sea, nunca había tenido yo eso, entonces ya fui al doctor y ya me dio medicamento y me curé”.

De acuerdo con las experiencias de los entrevistados, las combinaciones de heroína con alcohol o con medicamentos ansiolíticos o de tipo opioide, posiblemente sean de las más riesgosas para producir una sobredosis, ya que pueden provocar un paro respiratorio.

Hombre, 39 años, SLRC:

“Cerveza con heroína también es puro veneno, está peor que las pastillas y andando tomado uno, ¡nombre! se inyecta y es, casi seguro que se va a morir uno, quién sabe en qué consistirá, pero está muy fuerte eso con la cerveza, cuando llega alguien y miro que viene tomado, no, aquí no se le hace [no se le inyecta heroína], búsquele por otro lado y pues ya, yo ya sé que está canijo”.

Hombre, 24 años, Ciudad Juárez:

“Varias veces me he doblado porque es pa’ abajo, como la heroína es pa’ abajo y la clonazepam también, una vez me inyecté y me doblé, y eso que me agarré la vena roja, eran cuarenta rayas, todavía no me metía ni la mitad, apenas iba a la cuarta parte, apenas llevaba como quince rayas adentro, de repente mepecé a sentir como si estuvieran pasando carros ¡ayy güey! saco la aguja, la pongo a un lado, y luego le digo, me siento mal güey. Se me comenzó a borrar la vista, toda la mitad del cuerpo sentí que se me paralizó, estaba asustado, llorando, pensando que me iba a quedar ciego y zumbaba mi cabeza y luego ¡ahhh! me punzaba el cerebro y ¡mis ojos! y de repente... ¡pum! no supe de mí, me caí hasta abajo del río, me agarraron y me estaban haciendo reaccionar y duraron como dos horas para alivianarme”.

Entre los efectos de estas sustancias describieron, cambios en su estado de ánimo (se sienten más desinhibidos), relajación y alivio del dolor severo. Algunos usuarios relataron que consumieron un opioide por primera vez bajo estricta prescripción médica posterior a haber sufrido un accidente, sin embargo, desarrollaron posiblemente dependencia y al no poder obtener estos medicamentos después del tratamiento, optaron por buscar heroína que es más barata, está disponible y contrarresta el síndrome de abstinencia.



Así el consumo de opioides, como la oxicodona, la hidrocodona, el tramadol, la metadona y el darvón forman parte de su consumo más o menos habitual.

Mujer, 37 años, Tijuana:

“No del diario, pero de vez en cuando sí... rivotril, oxicodin, vicodin, tramadol y metadona, sí. Pues las pastillas las probé cuando quebré [dejar de consumir] la primera vez y entonces ya después de ahí, la empecé a tomar, como orita que me tumbaban y me gustó como se sentía, porque sientes más la heroína. A veces combino, pues las pastillas me las tomo, pero oral, aunque no debes porque puedes tener una sobredosis, pero me pega más. Son medicamentos controlados, pero puedes comprar la receta, te la venden pues”.

Historias sobre las dobladas

Es difícil encontrar usuarios que no hayan experimentado una sobredosis y quienes no la han vivido por lo menos han sido testigos y probablemente intervenido para ayudar a las personas que la han experimentado. Las historias son diversas, desde quienes lograron librar la muerte, hasta lo que cuentan de aquellos que ya no volvieron de una *doblada*, a pesar de los esfuerzos de los demás por salvarles la vida. Otros relatos describen como sus compañeros, los han dado por muertos, pero después de algunos días reaccionan del coma o del adormecimiento del cuerpo, amanecen tirados en el bordo, en una barranca, en un panteón, en un terreno baldío o en un basurero y el último recuerdo que tienen es el momento en que se inyectaron.

Mujer, 42 años, Ciudad Juárez:

“[suspira] Estaba mi niña chiquita la más grande, la de 21 años, tenía, unos cinco meses más o menos, fui yo a tirarme con unos amigos, era un año nuevo o sea que había varios, entonces pues empecé a cuquear, pero yo traía mi hija y me tiré, me tiraron pues y ya no supe yo nada hasta que amanecí en el hospital, supuestamente dijeron que fueron y me dejaron en un lado del canal y que ahí dejaron a un lado a la niña, me la quitó el DIF², esa fue la primera vez. Les dio miedo [a compañeros usuarios] fueron y me tiraron al canal. Me imagino que sí trataron [de revertir sobredosis] porque si aparecí bien golpeada, mi cara la tenía morada, hinchada...”.

² Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia



La sobredosis es tan fulminante que a veces no les da tiempo de sacar la jeringa de sus venas, en cuestión de segundos se desvanecen, literalmente su cuerpo se dobla y los que logran reaccionar, despiertan adoloridos por las cachetadas o por los golpes en las plantas de los pies, mojados completamente, aletargados, sin fuerza y sin saber qué les pasó.

Mujer, 43 años, Tijuana:

“Pues casi me doblé porque ese día andaba borracha y me metí así por la nariz, ya cuando me desperté toda mojada, que según estaba doblada, me dijeron, que me estaba doblando. El alcohol y la heroína no se llevan. Me cachetearon y me bañaron, yo no me acuerdo de nada porque me dormí, yo pensé que era que yo me había quedado dormida por la borrachera, no por lo otro pues”.

La mayoría identifica que las causas de las sobredosis pueden ser por la potencia de una sustancia, por la combinación con otras drogas, por abusar de la cantidad o por la falta de tolerancia después de un tiempo de abstinencia, ya sea porque estuvieron detenidos en la penitenciaría, en la cárcel o porque estuvieron internados en tratamiento y al salir con los efectos del síndrome de abstinencia, desesperados se vuelven a inyectar. Lo hacen con la misma dosis que acostumbraban o más, lo que representa en ese momento una cantidad muy alta que los lleva a la sobredosis.

Hombre, 40 años, Tijuana:

“Te doblas, te vienes pa’ abajo, que ya no puedes, inconsciente, ya no sabes dónde estás. Ese día que salí del centro [de tratamiento], estaba limpio, me fue mal, me quise chacalear [usar más heroína], me dijo [un compañero] que no me pusiera muchas gotas, le puse más de 20 y valió verga, cerré los ojos y ya no pude abrirlos y ya me estaba yendo, la muerte fue que me salvó la vida. Tienes que ponerte sal adentro de la jeringa, en la vena, ahí ya puedes reaccionar. Reaccioné, como no me levantaba, tenía como que pegarme duro, cachetadas duras a tu cara, con todas las fuerzas que tu tengas, pegarte para que no te vayas, te pegan en las patas con un palo duro, si te pegan no lo vas a sentir, hasta que muevas los dedos y si mueves las patas quiere decir que estás bien, estás vivo”.

En cuanto a la potencia, una de las experiencias que varios usuarios mencionaron fue que la *china white*, es más fuerte que la goma negra y si se pasan de cantidad corren el riesgo de caer en sobredosis.



Mujer, 34 años, Tijuana:

“Porque también venden por ahí china white pero original pues, y esa carga también está buena, es en polvo... no la he probado ahorita porque, hace mucho tuve un doble, me doble con esa carga de china white. No tuve cuidado en la cantidad, o sea compré tanto, me dieron un puñote y todo se lo eché a la cuchara, se me hizo fácil así... me metí treinta [rayas] y ¡ámonos! que ya no desperté. Y cuando desperté estaba en una tina con agua con hielos, estaban bien asustados todos pensando en que yo no me iba a poder levantar”.

Hombre, 69 años, Tijuana:

“Sí, más [sobredosis] porque están utilizando el fentanilo para hacer rendir la droga para tener más ganancias, un kilo de fentanilo cuesta 32 mil dólares y ya puesto en las calles les puede generar hasta 20 millones de dólares. Entonces los cárteles de la droga están viendo suplir una droga por otra o combinarlas. No podría identificarlo porque de hecho no lo conozco, sé que es blanco porque en el periódico salió...una muestra de 0.2 miligramos de fentanilo, puede ser mortal pa’ una persona”.

De las cachetadas y el agua con sal a la naloxona

Los métodos a los que recurren para hacer reaccionar a una persona con sobredosis son varios: le ponen hielo en genitales, le golpean las plantas de los pies con una tabla y el más efectivo es la inyección de agua con sal. Estos métodos utilizados para salvar a las personas de una sobredosis son prácticas basadas en los saberes de los usuarios que por generaciones se han transmitido y que desde su experiencia son efectivos.

Hombre, 40 años, Tijuana:

“Les he metido sal, a un camarada hace poco le metí ¿cómo se llama? hay un medicamento que dan allá arriba en El Cuete³ se llama naloxona y ya le inyecté a dos [personas] que me tocó mirar. Si he ayudado como a unas siete personas a bajarlos de sobredosis. Las demás veces ha sido caseramente, o sea así, pues a la manera de uno, a cachetadas y agua y si hay hielo a la mano hielo, lo que usamos casi la mayoría de nosotros así a lo rápido es sal, usamos mucho la sal ¡consigue sal de volada! y ya en lo que uno va y consigue la sal pues el otro está viendo lo que puede hacer. En mi caso pues de volada le empiezo a revisar los signos vedá y sí ya miro que no hay reacción, cuando miro que no tiene signos, es cuando ya empiezo de volada a meterle la sal. Si he ayudado a varias personas”.

³ Proyecto de investigación llevado a cabo en la ciudad de Tijuana el cual es coordinado por la Universidad de California San Diego.



Cuando hay una muerte por sobredosis, los que se encuentran en el lugar llaman a la ambulancia y muy a su pesar, se van por temor a que los detenga la policía. Si todavía hay esperanzas de salvarle la vida y es trasladado al hospital, es probable que no se cuente con naloxona, que es el medicamento para revertir la sobredosis de heroína.

En los episodios de sobredosis, hay que destacar la solidaridad entre la comunidad, que hacen todo lo posible para salvar la vida de un compañero, que puede ser un amigo, un familiar o una persona querida. Lo último que desean es moverse del lugar y prefieren esperar a que la ambulancia o la morgue recoja a la persona, porque a pesar del miedo y la angustia, algunos se quedan hasta el último momento. En las sobredosis es muy significativo, les marca y estrecha aún más sus lazos de camaradería y afecto. Hay agradecimiento y satisfacción, porque prácticamente todos han estado en ambos lados de la sobredosis, padeciéndola o auxiliando.

Hombre, 40 años, Tijuana:

“Hay camaradas que pus están contigo y te ayudan y en mi caso fue eso que esa vez que me metieron al canal estuvieron unos camaradas que no me dejaron morir pues y estuvieron conmigo ahí. Me acuerdo que esa vez que reaccioné estaba yo adentro del canalito y me tenían agarrado y todo empapado y me dolían mucho los cachetes porque me estuvieron cacheteando pues y mojándome y ya cuando volví en sí, me empezaron a contar un montón de cosas, pues ya estabas morado, o sea ya cuando se dieron cuenta dos, tres, yo ya estaba con mis labios morados y me hablaban y yo no reaccionaba, entonces me empezaron a pegar cachetadas y cachetadas y no, entonces alguien les dijo ¡métenlo al canal, échenle agua! y agua y agua... hasta que gracias a Dios regresé vehá... y ¡ay güey! No pus gracias. Me había doblado, ya que, si no están ese tipo de personas ahí en ese momento, no sé qué habría pasado”.

Prácticas de riesgo

a) Compartir jeringas y tener prácticas sexuales sin protección

Además de las sobredosis, existen otras prácticas de riesgo identificadas por los usuarios de heroína que los pueden llevar a adquirir VIH⁴, VHC⁵, otras ITS⁶ y problemas de salud vinculados al consumo.

⁴ Virus de inmunodeficiencia humana

⁵ Virus de la hepatitis C

⁶ Infecciones de transmisión sexual



Por ejemplo, los abscesos cutáneos, que incluso pueden derivar en amputaciones. Sin embargo, reconocer las prácticas de riesgo, no significa que logren evitarlas, aunque tengan la intención de hacerlo. Un número considerable de usuarios –aproximadamente más de la mitad– continúan utilizando y compartiendo jeringas e instrumentos usados y sin limpiar con cloro, la mayoría tiene relaciones sexuales sin protección, recurren al intercambio de sexo por drogas y la combinación de la heroína con otras sustancias es una práctica común.

Hombre, 27 años, Tijuana:

“Por lo regular no me gusta compartir, siempre me gusta traer mis jeringas vehá, aunque ya tenga dos, tres usadas, pero o sea, sé que es mía nada más. Si me acuerdo que me he picado con jeringas de otro que me la preste vehá... pues en ese momento que está uno en malilla, no, no piensa uno ¿me entiendes? en el tipo de enfermedades que te van a pegar, lo que tú quieres nomás es drogarte y que se te quite el malestar que traes en el organismo, pero ya después miras y te pones a pensar ¡chale, qué tal te enfermas! pero pos después se te olvida, pasan los días y dices tú ¡ay que chingados! de todos modos si me llevar la fregada, me voy a ir a la fregada vehá, esa es la mente de uno ya drogado acá, pero en su momento sí se pone uno a pensar... ¡pero ya que te drogaste!. He levantado agujas de la basura”.

Hombre, 45 años, Ciudad Juárez:

“Una vez, sí, hará como unos tres años, fue esa madre, me salía pues así del pene, si me dolía al orinar, ardor, sí me dolía, pues sí, se me enderezaba esa madre y me dolía y luego salía un poco de esa madre amarilla, manchaba el calzón, la trusa. Pues con una ruca que tuve relaciones con ella. No [usó condón], la verdad, la mayoría de las veces no, no pues se da el caso y no hay y pues así mero”.

Hombre, 50 años, Tijuana:

E: ¿Has llegado a tener relaciones sexuales con otras personas para obtener dinero, drogas o algo que necesitaras? P: “Sí, también. Iba yo con los jotos y me decían sobres mijo, te voy atravesar, yo les decía sí, si me das pa’ una cura. Simón te voy a dar 20 dólares [ellos respondían] y vamos y ¡sobres! Ya tiene tiempo, ya tiene unos cuatro años... pa’ consumir. Pues yo lo llegué a hacer porque los compas me decían ¡eh güey! Aquel bato te va a dar \$500.00 si te lo dejas caer. Y aquel güey te va a dar 20 bolas [pesos] si na’ más dejas que te pegue unos...”.



b) La influencia de la policía en las prácticas de riesgo

La población en sitios de consumo mencionó varias situaciones de riesgo relacionadas con la policía, una de ellas es que al ser arrestados les destruyen jeringas, los instrumentos de inyección o les quitan sus pertenencias, en consecuencia, tienden a compartir parafernalia ya usada. Otra situación es cuando los detienen y encierran por varias horas o días, lo que les provoca el síndrome de abstinencia (malilla). Al salir del centro de detención, la desesperación los pone en riesgo de sobredosis porque se exceden en la cantidad que consumen. Adicionalmente, el asedio policiaco provoca que, por miedo a ser detenidos, no acudan a los servicios de reducción de daños que ofrecen las ONGs⁷.

Hombre, 23 años, Tijuana:

“Apenas hace como cuatro días, me pararon aquí en la esquina [la policía] y yo traía mis jeringas y le digo, no manche, ¿qué quiere que ande compartiendo jeringas? que no tenga para comprar una jeringa y vaya y utilice una jeringa ¡y mocos VIH, mocos una enfermedad!, no sea culero déjeme ir a cambiarla, ¿por qué me va a llevar? si estoy haciendo algo bien para mí, para los demás, porque yo contagiado menos, voy a querer contagiar a todos, le digo, no sea acá, deme chance. Ya me quería subir y le digo, mira acá, ando bien malilla verga, en vez de que se ponga en mi lugar, yo sé que la estoy cagando, yo sé que no está bien, pero pues me puede ayudar, me puede hacer un bien pa’ mí, me está dejando salvar mi vida, y al no estar contagiado yo estoy salvando la vida de otros, porque pues me contagio y voy hacer un cagadero yo...”

c) Improvisando para consumir en la cárcel

Los relatos de los usuarios indican que en la cárcel no siempre dejan de consumir heroína, es común que adentro de los reclusorios se vendan y se consuman drogas. Los internos se las arreglan para contar con los instrumentos necesarios para inyectarse. Utilizan jeringas sustraídas de la enfermería o bien se las ingenian para hacerlas con los materiales que tienen al alcance. La utilización de jeringas usadas y sin limpiar, así como el poco acceso a ellas, aumenta la posibilidad de adquirir alguna enfermedad.

⁷ Organizaciones No Gubernamentales



Hombre, 36 años, Tijuana:

“Sí pues allá son jeringas hechizas, o sea que, en la prisión, uno va a enfermería pa’ una inyección o lo que sea, cuando se descuida la enfermera le roban la pura punta, la aguja, la quiebran y ¡pum! se la traen pa’ tras y se la venden a un tecato o lo que sea y ya el tecato hace una jeringa de pluma [bolígrafo]”.

Tratamiento: historias de anexo

a) Búsqueda de tratamiento

Prácticamente toda la población ha experimentado por lo menos una vez estar en “el anexo”; es decir, en algún centro de rehabilitación. La mayoría ha *quebrado* (dejado de consumir) sólo por un tiempo, ya sea por días, semanas o meses.

La población en sitios de consumo refirió que la cantidad de veces que ha buscado tratamiento es muy variable. Algunos han estado una o dos veces aproximadamente y existen otros casos extremos donde han ingresado dieciséis o hasta treinta veces. Esta variación se debe a distintos factores, como el grado de satisfacción con el tratamiento recibido, si éste fue voluntario o involuntario, la disponibilidad de opciones terapéuticas en cada ciudad, entre otros.

Hombre, 42 años, SLRC:

“Si, una vez estuve en un centro, paré un año y ya después salí, estuve no más lo que es un anexo de tres meses en el centro y salí y anduve bien calmado, pero ya nunca más, ya no quiero estar en centros”.

Hombre, 51 años, Tijuana:

“Sí, he estado como en treinta anexos el más largo como un año dos meses. No, no, quebré en la heroína o ya no sé, no sé, te dicen que tienes que estar usando la metadona, pero no, use nada más como tres o cuatro veces [metadona] y ya me quebré”.

b) Tratamiento voluntario

Una parte importante de las personas usuarias de heroína busca ayuda en los centros de tratamiento por su propia voluntad. Entre las principales razones para buscar tratamiento se encuentran el querer dejar de consumir o también que la familia se ha cansado de apoyarlos.



Mujer, 37 años, Tijuana:

“Me ha gustado [ir al centro de tratamiento], pero porque yo me he ido voluntariamente, porque yo he decidido irme. Yo iba preparada mentalmente de que iba a dejar de consumir y pus todo se me hace más diferente porque no me causo problemas. Es que pus ya entre mí, yo si tengo las ganas de que algún día voy a dejar de usar [heroína]”.

Existen otras razones para internarse: i) porque están cansados de la vida de consumo que llevan, ii) porque en épocas de frío o calor es mejor estar bajo un techo que en la calle, iii) para recuperarse de golpes, arreglar su dentadura, para “engordar la vena”, es decir, sanar sus venas de las inyecciones constantes, iv) aliviarse de los cuerazos en el brazo o de las diferentes partes del cuerpo en donde se inyectan y, en general, para sentirse mejor de salud. Por otra parte, también se internan porque quieren regresar con sus parejas e hijos y conseguir trabajo.

Hombre, 38 años, Ciudad Juárez:

“Se me empezaron a pudrir las muelas a caer en pedacitos y me dice mi hermana ¿y tú cómo te sientes?, ¿todavía crees que puedes hacer una familia? le digo yo, pues es lo que yo anhelo, quisiera, pero me gana la obsesión de sentir la heroína y ya después al fin del día, en la noche ¡ahhh pa qué consumí! me entra el rebote, me arrepiento”.

c) Tratamiento involuntario

Si bien las historias de internamiento pueden ser positivas, con frecuencia la población no quiere asistir por miedo a que los ingresen en contra de su voluntad, pues son distintas las experiencias de maltrato, violencia física, emocional y sexual que ellos mismos han vivido o que han conocido de otros usuarios.

Hombre, 35 años, SLRC:

“No, yo los centros que me ha tocado a mí, están bien. Sí, o sea que ellos ponen de su parte ahora hay que poner de uno, pero yo siempre que salgo de ahí pus salgo bien, gordito y casheton y soy otra persona, soy el que soy pue, ¿me entiendes?”.



Hombre, 69 años, Tijuana:

“Había maltrato emocional más que nada, porque atacaban al interno [...] Si tenía pareja, [le decía el personal del centro] mira mientras tú estás estudiando aquí los 12 pasos de AA, tu pareja está estudiando las 12 poses. Y puro enfermarle la mente al adicto a tal punto que me tocó ver a uno que se suicidó porque no soportó esa terapia destructiva que le estaban dando, pensando en lo que no era cierto”.

Principalmente los encargados de enviarlos a tratamiento involuntario son los familiares y el sistema de procuración de justicia cuando son arrestados.

Hombre, 50 años, Tijuana:

“Dicen que la familia perdona, pero no olvida. Y yo quise jugármela, que ya no iba a pasar, que ya iba a estar bien ¡Y me vuelve a suceder otra vez! vuelvo a caer en las drogas, ya entonces me llevaban, me metieron a un anexo y a otro”

Hombre, 45 años, Ciudad Juárez:

“Por mi voluntad no, la fiscalía me mando una vez a uno [centro de tratamiento], pero yo, desde que llegamos a la primera audiencia le dije al juez que no, que yo me quería quedar en el CERESO, como andaba bien malilla... yo le dije al juez ¡aquí déjeme! No. Cómo crees que vamos a echar a perder el trabajo que ya hicieron contigo ¿cuánto crees que pagó el gobierno del Estado por estos tres meses? [dijo el juez] No pues no sé, ocho mil pesos pagan por cada uno. Yo no estaba conforme ahí, porque cuando llegué, lo tratan a uno mal, vas a un centro de ayuda y te tratan mal. No sé si en otras partes... hay otros que dicen que está chido y quién sabe qué, pero yo nunca he estado en ese. Cuando salí [del centro] no fui a entregarles la hoja, ni a darle las gracias a nadie, salí resentidón. Es que, llegando, llegando, lo meten a uno a bañar y empiezan a leerte los derechos, pero con malas palabras... “hijo de tu quien sabe qué, pero aquí ya chingaste a tu madre y acá y allá”. Te golpean en el trayecto. En el que estuve, el bato golpeó a un menor gacho, fue a parar hasta el hospital el menor. A la hora de la comida, tres minutos te dan y luego bien caliente todo, y sino acababas ¡pum! un cachetadón, te tumbaba el plato y son cosas que hacen. Uno puro caldito y ellos pasaban con el pollote acá. En las juntas tienes que estar acá, si volteas ¡pum! un cachetadón por atrás. Varios batos que sí se les rebelan, peor, amarrados y sentados en los botes 48 horas, en un bote o parado. Ya han disminuido dicen, ya le han bajado, pero no lo voy comprobar.”



d) Tratamiento de mantenimiento con metadona

Aproximadamente la mitad de la población usuaria de heroína ha tenido acceso a tratamiento de mantenimiento con metadona. En el caso de la ciudad de SLRC, algunos usuarios mencionaron que anteriormente existía una clínica de este tipo, pero la cerraron y ahora tienen que ir hasta Mexicali a buscar ese tratamiento. Sería muy importante reforzar que esta modalidad, vaya acompañada de un proceso terapéutico, ya que muchos de los usuarios mencionan que durante el mantenimiento con metadona continúan consumiendo heroína y lo que necesitan es un profesional de la salud mental que los pueda escuchar y orientar.

Hombre, 41 años, SLRC:

“Un año, un año y medio [con metadona], pero igual terminé consumiendo heroína y metadón al mismo tiempo. En la mañana iba y tomaba el metadón y luego ya ¡pum! me venía y le seguía con la dosis de heroína y ya pues todo el día pura heroína, y otro día en la mañana igual, tenía mi horario, iba, tomaba el metadón y otra vez, entonces pues ahí también la malilla”.

Mujer, 43 años, Tijuana:

“Sí, me decía [pareja] que fuera para que tratara de dejar la heroína y para qué, o sea según que los dos queríamos dejarla ¿no? pero, él me decía ¡vamos a tomar metadona! pero él también por su parte se picaba ¿me entiendes? O sea, es hacernos tontos los dos, o sea si la vas a dejar, déjala, no sustituyas una droga por otra ¿por qué? porque la metadona también te prende y la malilla es más fuerte”.

Necesidades de tratamiento

Los usuarios consideran que los centros de tratamiento podrían ampliar la cobertura de atención y al mismo tiempo mejorar la calidad de los servicios que ofrecen. Por ejemplo, es importante que los directores y los responsables que dan seguimiento a los usuarios se capaciten más, ya que a veces los mismos usuarios que llevan más tiempo de internamiento, son los que se encargan de la rehabilitación de los otros. Además, expresaron la importancia de que en los centros haya profesionales de la salud, como médicos(as), psicólogos(as), enfermeros(as), trabajadores(as) sociales que puedan brindar un tratamiento integral.



Otra necesidad que manifestaron los usuarios fue contar con medicamentos, especialmente para aminorar los efectos del síndrome de abstinencia una vez que ingresan a tratamiento. Asimismo, reconocieron la importancia de que, al salir de los centros de tratamiento, haya programas de reinserción social que les permitan incorporarse a la comunidad y a una actividad laboral.

Mujer, 53 años, Tijuana:

“Pero un poquito más profesional, porque, vas a un centro y según que con oración se te va quitar la malilla seamos más profesionales yo necesito un tratamiento, porque muchos se han muerto, te mueres, la presión se te baja completamente, no tienes presión cuando tienes malilla, por eso es tan importante que sean profesionales, que agarren un curso, y que vean en realidad el daño que nos estamos haciendo, no es tan fácil sacarte la heroína de tus venas, porque te sigue fluyendo en todo tu cuerpo, mental, físico y emocional estás todo pa’ la fregada”.

Mujer, 56 años, SLRC:

“Yo, me caí que me gustaría que hubiera lugares donde puedas ir a comer en la mañana y que voluntariamente te pudieran ayudar en otras cosas, pero no hay nada de eso”.

Otro de los puntos importantes que mencionan dentro de las necesidades, es que los precios de los centros de tratamiento, así como los medicamentos, entre ellos la metadona son muy elevados. También la población menciona que dejan de asistir porque viven lejos y no tienen para el transporte. En consecuencia, una de las principales razones para abandonar cualquier tipo de tratamiento son sus escasos recursos económicos.

Hombre, 25 años, Tijuana:

“Pues los tratamientos ahí en las clínicas esas [de metadona], me gustaría que, pos la neta, pos no le subieran tanto el precio, porque ahorita ya está muy caro, la neta y pos de nada le sirve a uno”.

Mujer, 39 años, Ciudad Juárez:

“Hay muchos que te medican chido, hay otros que no, si no pagas cierta cantidad no te dan medicamento, te dejan que te estés revolcando y luego, tanto de la malilla como de las ansias, de insomnio, de todo o sea les vale madre a ellos”.



Otras experiencias relacionadas con el consumo de heroína

a) Mujeres usuarias de heroína

Las mujeres usuarias de heroína consumen en promedio cinco veces al día, intercambian jeringas, prestan su parafernalia, combinan drogas, experimentan la *malilla* y llegan a la sobredosis. Para ellas, su consumo es una necesidad para afrontar la vida. Aunque los problemas asociados al consumo, como la pobreza, la discriminación y la violencia, podrían ser los mismos entre hombres y mujeres, en ellas existe una mayor vulnerabilidad. Estas situaciones a veces las llevan a separarse de sus hijos, salir al *talón*, conseguir dinero de forma ilegal, intercambiar sexo por drogas y, en otros casos, al trabajo sexual ya sea voluntaria o involuntariamente para subsistir, mantener su consumo y en algunos casos el de su pareja.

La mayoría de ellas han experimentado diferentes eventos traumáticos que pudieron ser un detonador para su inicio en el consumo de drogas. De pequeñas sufrieron violencia física, psicológica y emocional y algunas fueron víctimas del abandono y de abuso sexual por parte de sus padres, familiares cercanos o desconocidos. Esta violencia de inicio en la infancia se ha perpetuado en la vida adulta; siendo sus parejas, familiares y policías sus principales agresores.

Debido a esta situación las mujeres en la frontera viven en estados de tensión y alerta permanente para no ser detenidas, golpeadas o abusadas sexualmente por la policía. Una de las manifestaciones de cómo la violencia ha trastocado su vida emocional, es el grado de normalización e indefensión aprendida en el que se encuentran. Así, algunas manifestaron que han optado por intercambiar sexo para que no sean detenidas, o para que los policías no les quiten sus pertenencias.

Mujer, 38 años, Tijuana:

“Los policías son bien igualados con una vehá, te suben y después te dicen ¡y qué! ¿cuánto cobras miija? bien puercos... ¿Por qué me llevan vehá? pos si no traigo nada, nada más porque le gustaste o qué se yo. Pero cuando estaba más joven siempre me traían así de que me llevaban... yo les decía, llévame no te voy dar nada y me decían, me vas a dar un beso, un wawi me decían, para que yo le hiciera sexo oral”.

Otra manifestación de la violencia estructural que viven las mujeres en la frontera es haber sido secuestradas por cárteles de la delincuencia organizada para el testeo de drogas y al mismo tiempo para ser abusadas sexualmente, embarazos y forzadas a abortar sin ningún cuidado médico.



Mujer, 34 años, Tijuana:

“En donde cocinaban la droga siempre querían que yo la probara ¿si me entiendes? o sea, como mi cuerpo resistía, porque te puedo decir que a veces duraba hasta tres días sin dormir y me seguían poniendo y yo resistía, o sea era como conejillo de indias, pero un señor de ahí era pos bien alcohólico y cada que andaba pedo ¿si me entiendes? me manoseaba y abusaba de mí y él fue el papá de mi bebé y así pasó el tiempo...”

Otro tipo de violencia que ellas han experimentado es por parte de los servicios de salud, donde son discriminadas, juzgadas e incluso les niegan la atención. También, algunas comentaron que estando dentro de alguna institución de salud en estado de gravedad han sido ignoradas o se han burlado de ellas por ser mujeres y usuarias de drogas.

Mujer, 50 años, SLRC:

“Y al último llegó un pinshi doctor y como que se burlaba de mi porque allá no quieren a los tecatos, decía ésta ya anda deambulando aquí vehá, y el día que salí le dije a la enfermera que yo sentía algo de este lado y me decía que ahorita venía el doctor y me dejaban toda abierta, na’ más me cosieron la de arriba, las heridas de abajo y las incisiones las tenía muy grandes y abiertas, no me las cosieron, salí y nunca llegó el doctor y cuando llegué a mi casa un amigo mío comenzó a curarme a quitarme las gasas, yo le dije que sentía algo de este lado y eran dos gasas que me habían dejado adentro”.

En las historias de su vida reproductiva, algunas mujeres narraron que sus embarazos fueron el resultado de una violación sexual, situación que las llevó a padecer distintos malestares emocionales en el proceso gestacional y para mitigarlos consumieron heroína; por lo que sus niños nacieron prendidos (dependientes) a esta droga. Posteriormente su misma condición de vulnerabilidad y los bajos recursos económicos les impidieron quedarse con sus hijos.

Otro aspecto relacionado con su construcción social de género es que cuando quieren buscar tratamiento les es muy difícil, ya que son pocos los centros a los que pueden acudir y los que existen no contemplan la perspectiva de género. Así, para aquellas que son madres solteras, les es más complejo entrar en algún centro porque son las cuidadoras principales de sus hijos y no tienen con quien dejarlos, además de que no cuentan con el apoyo de alguien que les ayude a pagar el internamiento y cuando logran ingresar llegan a ser acosadas o violentadas sexualmente.



Mujer, 38 años, Tijuana:

Hay un centro en el que te pueden ayudar, ¿qué necesitas para entrar ahí?

“Pus necesito, hablar con mi suegra que cuide a la niña y pos juntar un dinerito para que no le haga falta, de perdida el tiempo que voy a estar ahí, que a la niña no le haga falta nada, porque mis suegros ya están grandes ya están mayores”.

Mujer, 25 años, Tijuana:

“El director le daba permiso a sus servidores a que anduvieran ahí con las morras y en veces sacaban a las morras, alguna pa’ fuera y las subían a un cuartito de arriba con el bato y ahí pus a que se metieran a tener relaciones ahí mismo y en un centro no deben de hacer eso, vehá”.

b) Detenciones Policiacas

Es común que la policía detenga a los usuarios por consumir en la calle o por traer jeringas. A pesar de que en la Ley General de Salud se detalla que no se ejercerá acción penal sobre las personas que sean sorprendidas consumiendo o portando hasta 50 miligramos de heroína⁸, cuando los detienen son trasladados al Centro de Detención para Infractores, donde permanecen 36 horas encerrados y hay casos en que son remitidos hasta el reclusorio porque les *siembran* (les colocan) droga en sus pertenencias.

La percepción de la población es que son detenidos porque la policía tiene la instrucción de cubrir una cuota diaria de detenciones y ellos son blanco fácil para cumplir con esa orden. En estas detenciones, les quitan sus jeringas, sus medicamentos para el VIH, les rompen su parafernalia, son golpeados, los extorsionan y las mujeres, como anteriormente se mencionó, llegan a ser víctimas de violencia física, emocional y sexual.

Mujer, 53 años, Tijuana:

“Me han quitado todas mis pertenencias, la vacunación del perrito, me han quitado todo y yo les he dicho, ¡por favor no se lleve la carriola! [en ella la entrevistada guarda todas sus pertenencias] me han quitado hasta la medicina que ustedes me han dado [ONG], me quitan la medicina y me la tiran”.

⁸ Ley promulgada en el Diario Oficial de la Federación, 2009.



Mujer, 39 años, Ciudad Juárez:

“Yo fui violada, fui maltratada, fui ultrajada por unos policías municipales y yo fui y me quejé con derechos humanos porque yo ya no podía permitir este abuso”.

c) Discriminación

La población usuaria de heroína se encuentra en una situación vulnerable, el rechazo social es parte de su día a día, ya sea por parte de la policía, por los prestadores de servicios de salud, al buscar empleo o incluso por parte de su misma familia. Desafortunadamente, casi nadie de ellos tiene conocimiento de alguna institución que les pueda ayudar.

Hombre, 47 años, Tijuana:

“Inclusive en el hospital, no te dan ni medicamento. O sea, sí somos discriminados mucho”.

Mujer, 39 años, Ciudad Juárez:

“Sí, a veces me rechazan, siento discriminación hasta de mi propia familia, se avergüenzan de mí. Tenemos que andarnos escondiendo, piensan que porque tenemos una adicción no tenemos un tipo de trabajo, piensan que no tenemos nuestros propios derechos, los derechos humanos”.

d) Historias de migración y deportación

En las ciudades de la frontera norte del país, es de esperarse que la migración sea una característica común en la población usuaria de heroína. Entre los usuarios hay historias donde la migración terminó de este lado, porque al intentar cruzar no lo lograron. Otros que tuvieron más suerte y pudieron pasar, al cabo de un tiempo, a veces corto, a veces largo, fueron deportados a México. Personas que en ambos casos terminaron atrapados en alguna ciudad fronteriza, enganchados a la *chiva* y a otras drogas. La heroína significa la última salida a su frustración, a su derrota, vergüenza o dolor, porque no cruzaron o porque los regresaron. Los migrantes y deportados, casi siempre andan con la tristeza atravesada, porque dejaron atrás a la familia, padres, hijos o pareja.



Hombre, 41 años, SLRC:

“La heroína ya la probé aquí, cuando me deportaron aquí [SLRC] empecé. Vivía solo, por lo mismo, por las drogas... como a los 21, salí mal con ellos [familia]. Me arrestaron, me torcieron con la marihuana y pues me deportaron y fue cuando ya vine para acá. Dos hijos tengo, ella no consumía [pareja] y había muchos problemas y su papá y su mamá [de pareja] me los quitaron, se fueron. Desde que me agarraron y me torcieron, por ahí de 2002 que no los veo. Me deportaron en 2005 y duré todavía años usando el ice aquí, hasta cuando empecé a usar la heroína. Usé por mi soledad... me acordaba de allá mucho, yo quería estar allá, pero pues no se puede y empecé a usar por eso. La soledad... gacho se siente, cuando está uno solo acá en la cama solo, te pones a pensar, te viajas”.

La migración y la deportación regularmente van acompañadas y las historias en el consumo de drogas también. A veces inician del lado americano, a veces cuando vuelven al territorio mexicano. Por un tiempo intentan nuevamente cruzar la frontera, regularmente sin éxito y cada intento fallido representa más frustración, más desesperación, más tristeza, más nostalgia, soledad y dolor. Sus historias están permeadas de esos sentimientos y prácticamente no hay una historia en la que no se haga referencia a estas emociones, que al final terminan por darles un empujón hacia el consumo de heroína y otras drogas. Soledad y dolor es lo que más aparece en sus relatos y la heroína es “la medicina”, por lo menos así la perciben, como la sustancia que les quita todos sus males, aunque saben que esos malestares aumentarán mientras sigan en el consumo.

Hombre, 58 años, Tijuana:

“Migración me deportó, en ese entonces había parado mi consumo, pero la presión que se vive aquí en Tijuana y a comparación del tiempo allá que es más corto el día y en el otro lado es más largo, la presión que se vive de la policía, el nerviosísimo, las depresiones, esto y lo otro ¡qué sé yo! ...y viendo que pasa el día con día y no tienes ni una ayuda positiva puras negativas pos recaí...”

e) Experiencias de consumo en la cárcel

Para sobrevivir y poder comprar sus dosis, las personas que consumen heroína en la cárcel trabajan para aquellos que controlan las celdas; cocinan, lavan la ropa, hacen la limpieza o bien trabajan para el que vende la droga adentro. Otra forma en la que obtienen dinero es a través de su familia cuando van a la visita, pero de acuerdo con sus relatos, a la mayoría no los vistan o los dejan de visitar después de un tiempo. Conseguir dinero para sobrevivir en la cárcel a veces implica que sean humillados y violentados.



Hombre, 36 años, SLRC:

“Pues yo vendía panes, vendía hielitos, lavaba ropa, hacía talachas [pequeños trabajos], acarreaba agua, o sea cosas así o vendía a veces mandado [víveres] ahí entre los mismos presos y de ahí me daban un porciento de todo lo que sacaba. Algunos si son... son culeros hacia uno, porque son como racistas hacia uno, no lo pueden ver por el lado de que uno usa heroína y hay veces que uno con tal de conseguir la heroína, se menosprecia, se tiene que humillar ante una persona para que le pueda hacer el paro [ayudar], para irle completando y ahí es cuando los pinches guardias usan su prepotencia, abusan de su autoridad que tiene ellos adentro del penal”.

Las historias de cárcel suceden en ambos lados de la frontera, las referencias a las penitenciarías en Estados Unidos son frecuentes, vinculadas muchas de ellas a las deportaciones de migrantes que han sido capturados al momento de cruzar o después de un tiempo, ya sea por cometer alguna infracción o por algún delito más grave, como venta, portación o consumo de drogas. Del lado mexicano, los delitos por los que encarcelan a los usuarios de heroína son principalmente robo y venta de drogas. Sin embargo, también son recurrentes las detenciones arbitrarias por el simple hecho de traer consigo jeringas e instrumentos para su consumo.

Hombre, 35 años, SLRC:

“Estaba en la cárcel, me metió un policía, me sembró [puso droga] y ya me traía el bato y después así pues... el policía, a ahuevo [a la fuerza] me quería... el policía ahuevo quería que le dijera donde vendían droga, que pusiera a alguien. Ahí no consumía [en la cárcel]... no ahí no, me aguanté, estuve nomás un mes bien malilla... sí venden de hecho, pero yo no quise”.

La cárcel tiene implicaciones más allá de lo penal, es un momento de inflexión que marca la vida futura de las personas, todo puede suceder allá adentro; que alguien que no consumía se inicie, que se involucre más en delitos, que se dé la separación y a veces el rompimiento definitivo con la familia, que cambie sus prácticas de consumo en cantidad y frecuencia, que comience a combinar sustancias, a inyectarse con jeringas improvisadas y usadas, o bien a mantener relaciones sexuales sin protección e intercambiar sexo por droga.



Hombre, 51 años, Tijuana

“Empecé a consumir por la desesperación de que ya no iba a salir, todos me decían... si te dieron 35 años ya no vas a salir... bueno, tienen razón, necesito buscar una forma, una puerta de escape, pero cómo, o me escapo de aquí, tengo tiempo para analizar todo, pero está bien difícil, necesito algo rápido, un buen trabajo pues ya lo tenía, pero no. Iba al gimnasio y eso pero, no llenaba ése hueco y empecé a usar la droga y pues ya me sentí un poquito mejor pero, me hice esclavo de ella [heroína]. O sea que tenía que trabajar nomás para ella”.

La cárcel les marca socialmente, porque difícilmente pueden ocultar esa historia, no es una marca que les dé prestigio, posiblemente un poco, como sucede en otros grupos, en otros barrios, que les significa poder. Por el contrario, por haber estado en la cárcel son discriminados y criminalizados aún más. Conseguir trabajo se les complica y la sentencia continúa después de la reclusión, sentenciados a vivir como viven, en las calles, *taloneando* (pidiendo dinero), cuidando o lavando carros, pepenando plástico, cartón, aluminio o cualquier objeto que puedan vender por kilo. Los episodios de encierro en centros penitenciarios se caracterizan principalmente por dos tipos de historias: por el maltrato que padecen en estos espacios y por las sobredosis que experimentan al salir del encierro. En resumen, después de la cárcel no serán los mismos, ni tampoco sus hábitos de consumo.

Una mirada no drogocentrada de la reducción de daños

Las ONGs que trabajan en la frontera con las personas usuarias de drogas inyectables bajo el modelo de reducción de daños (RD), realizan una labor ardua para aminorar los riesgos asociados al consumo y dignificar la vida de esta población. Algunos de sus programas de atención promueven el intercambio de jeringas usadas por nuevas, prácticas de autocuidado en el uso de drogas, prácticas sexuales seguras, la curación de heridas, servicios de alimentación, entre otros. Con estos programas de mirada holística, se ha logrado que la población mejore sus condiciones de vida y tenga un espacio digno y seguro donde encontrar servicios comunitarios que desafortunadamente muchas veces no están disponibles en otros lados o se les niegan en el sector salud. Sin embargo, aún falta mucho por hacer, de ahí la importancia de que estas organizaciones cuenten con financiamientos y con el apoyo de distintas instancias gubernamentales y no gubernamentales para que puedan llevar a cabo su trabajo de manera continua. Algunas líneas de acción en este trabajo pueden ser las siguientes:



a) Sensibilizar a las corporaciones policiacas

Además de los programas de reducción de daños dirigidos a la población usuaria de heroína, es necesario seguir con el trabajo de capacitación a las instituciones policiacas, específicamente con el personal que trabaja en las calles y tiene contacto con ellos. Esta capacitación es indispensable, ya que la policía permanentemente se encuentra en riesgo, al tener contacto con las jeringas e instrumental que utilizan las personas usuarias de drogas. Además, la capacitación repercutirá en mejorar el trato que recibe la población, pues con frecuencia son víctimas de maltrato, discriminación, extorsión y violación a sus derechos humanos por parte de los elementos policiacos.

Hombre, 21 años, SLRC:

“Te quitan el dinero, diferentes cosas, te golpean así de la nada, te humillan, te quitan la ropa, te mandan así encuerado si les da su gana, te tratan como si fueras perro, onde nos encierran está bien asqueroso. Te miran en la calle, te agarran y ya te llevan. Van por ti, a onde te quedas en los yongos a las siete de la mañana que ocupaban gente para llevarla para allá, para presentarla. Varias veces nos tiraron ahí cuando estamos dormidos, a patines [patadas] nos levantaban. Que es un delito [traer jeringas] y me llevan, cualquier cosita que nos encuentren así un pedacito de papel te llevan por eso, las jeringas usadas, nuevas, así como estén... me querían dejar dos días, me quitaron la jeringa y me pusieron un cushillo, yo no traía cushillo traía la jeringa, pero ellos tenían que presentar jale [a alguien]”.

b) Programas de distribución de naloxona y capacitación a pares.

Cabe enfatizar que una de las medidas de reducción de riesgos que más éxito ha tenido internacionalmente, es el uso de naloxona para revertir sobredosis, en México casi ninguno de los usuarios tiene acceso a ella por lo que es muy importante implementar programas comunitarios que proporcionen este medicamento y capaciten a la población para su uso.

Mujer, 28 años, Tijuana:

“Bueno, hace unos meses me dieron un medicamento que se llama naloxona y de este, no me ha tocado tenerlo que usar gracias a Dios, pero pues anteriormente tuve que ayudar a alguien más y pues fue lo que hicimos ¿no? o sea tener que inyectar agua con sal o algo así y pues no sé, un poco de agua y unas cachetadas y a ver cómo. Sí, o sea, debería de traerlo en realidad verdad, pero o sea es por ese riesgo de que la policía y todo eso, ya no me da confianza traer todo el kit conmigo ¿no?, o sea de que traía yo mi kit, el mío de insulina, aguas y todo y traía la naloxona pero desde que ya me garró la poli yo dije ¡no, no, no!”.



Hombre, 27 años, Tijuana:

“Eeehh, la neta han disminuido [casos de sobredosis], porque tal vez conozcas un líquido que no me acuerdo como se llama, eh, lo están dando acá arriba en la otra clínica [...] ¡ah! pues están dando dos botellitas, así que cuando te está pegando un doble levantas todo el líquido de esa botellita y se le inyecta es muscular vehá, se le puede inyectar donde sea, pero me dijeron que le tumba a uno todas las reacciones de la droga y te da otra vez malilla”.

c) Salas de consumo seguro

Dentro de las medidas de reducción del daño, uno de los modelos más exitosos para disminuir distintos riesgos asociados al consumo de drogas, son las salas de consumo seguro (SCS). En estos lugares los usuarios pueden consumir una dosis personal bajo la supervisión de personal capacitado. Las SCS tienen impacto en la reducción de la transmisión de infecciones como VIH, VHC y otras ITS, disminuyen las sobredosis y en consecuencia la tasa de mortalidad de estos usuarios. En las ciudades fronterizas la mayoría de los entrevistados mencionaron que apoyarían las SCS, porque además de los beneficios antes mencionados, aumentaría su seguridad porque no se tendrían que estar cuidando todo el tiempo de que los arrestos de la policía y si se ofreciera el servicio de análisis de sustancias, podrían saber lo que están consumiendo.

Hombre, 42 años, SLRC:

“Para estar seguro, no te va a molestar ni el gobierno ni nada y hasta eso que el gobierno ya se activó, ya te deja, ya es una enfermedad que tenemos nosotros, ya se dieron cuenta”.

Hombre, 42 años, Ciudad Juárez:

“Porque evita que haya infecciones, o sea, como a mí que me pasaron la enfermedad por compartir jeringa... a veces por andar desesperado no regresas hasta la casa y quieres una jeringa y si ya sabes de un lugar donde te van a dar una jeringa y por si algo te pasa...pues si me gustaría”.

Hombre, 42 años, Ciudad Juárez:

“Porque de esa manera estaría plenamente seguro que lo que estoy consumiendo es un medicamento o heroína, como en Canadá que les dicen si no está alterada con otros cortes que me pueden perjudicar más de lo que me perjudico con la heroína”.



d) Redignificando a las personas

Asimismo, se preguntó acerca del lugar donde viven o duermen, sobre su alimentación, la percepción de su estado salud y su higiene personal. Esto debido a que se consideró importante no centrar la mirada sólo en el consumo de drogas, lo que dio la oportunidad de observar y analizar otros aspectos de su vida cotidiana, que al atenderlos se contribuirá a dignificar su vida.

Mujer, 53 años, Tijuana:

“Hay tres formas [para bañarme], la primera pus voy a un lugar donde los baños, cobran como \$50.00, pero muchas veces el dueño no me deja entrar porque traigo al perro. La segunda es que entraba, pues en casa de alguien y la tercera pues, me voy a un yongo y me baño ahí. Yo quisiera diario, pero la verdad no, me da mucha pena, pero pues.... Me bañé ayer pero ya tenía como dos semanas que no me bañaba. Yo tengo muchas ganas de sentirme mujer como antes, que me metía a bañar en la mañana para despertar y en la noche pa’ dormir muy a gusto, ahorita ni me da confianza acercarme a la gente, porque pues sé que uno huele mal”.

Hombre, 24 años, Ciudad Juárez:

“Cuando me da hambre, me voy pa’ acá, ahí está una paletería, hay unas flautas, a veces llego a la panadería y me regalan pan, o me pongo en la paletería, bueno me pongo en las flautas, llego y pido pan y me regalan pan ahí del que les sobra, o cuando tengo hambre, llego a las flautas y me pongo a pedirle a la gente, me dicen que no y me pongo a buscar comida en la basura. Mucha gente me dice, no mijo, no hagas eso, déjalo ahí, y ya me piden una orden de flautas”.

Este capítulo pone en evidencia las condiciones sociales y de salud de esta población. Del mismo modo muestra la importancia del intercambio de jeringas y las acciones de las ONGs, que sin duda son imprescindibles en la reducción de daños. Además, ha puesto al descubierto otras necesidades específicas de la población. Así como la prioridad de atender otros temas como el respeto a los derechos humanos, el acceso a la alimentación y el aseo personal, como parte de un proceso con el que se busca en la medida de lo posible una vida digna y menos precarizada para las y los usuarios.



RESUMEN DE RESULTADOS DEL COMPONENTE CUALITATIVO

Contextos de las ciudades:

- Los usuarios de Tijuana viven en las condiciones más precarizadas y son migrantes de distintos lugares.
- Los contextos de violencia se perciben más en Ciudad Juárez y en Tijuana.
- La población usuaria en SLRC, mantiene aún relaciones con la familia.
- En las tres ciudades los operativos policiacos son permanentes.
- El tipo de heroína en las tres ciudades es principalmente la goma negra.
- La parafernalia que utilizan es igual en las tres ciudades.

Sitios de consumo en las tres ciudades:

- Son muy parecidos en las tres ciudades: picaderos, terrenos baldíos, casas abandonadas y vecindades.
- En Tijuana es más fácil ver como se inyectan en la vía pública.
- En Ciudad Juárez y SLRC lo hacen en sus casas que con frecuencia funcionan como picaderos.
- En las tres ciudades las condiciones de los picaderos son insalubres y sin servicios.

Trayectoria en el consumo:

- El consumo de drogas inicia a edades tempranas, hay casos que consumieron heroína por primera vez en la niñez.
- Las drogas que consumieron antes de la heroína son: marihuana, cocaína e inhalables principalmente.
- Hay personas que su primera droga fue la heroína.
- Al inicio la frecuencia y cantidad de consumo de heroína es alta, en promedio 10 veces al día.
- Con los años, van regulando más las cantidades y la frecuencia, consumen menos e intentan correr menos riesgos.
- Hay episodios en los que dejan de consumir: cuando están en la cárcel (algunos) o internados en centros de tratamiento.

Tipos de drogas:

- Las drogas que más refieren los usuarios de heroína son: cocaína, cristal, china white, ansiolíticos y otros opioides.
- Es común la combinación de la heroína con otras sustancias.
- La combinación más mencionada es la heroína con cristal.
- Realizan esa combinación para potencializar los efectos, porque reportan que ya no sienten la misma intensidad o rash solo con la heroína, además de que les permite ser más funcionales.



- Reconocen como riesgoso combinar la heroína con otras drogas.
- Identifican como muy riesgosa la mezcla de heroína y alcohol.

Fentanilo:

- Son pocas las referencias al fentanilo en las entrevistas.
- Tres participantes confirmaron haber consumido fentanilo.
- Una participante norteamericana asegura que lo consumió en Tijuana.
- Algunos creen y han escuchado que la china white contiene fentanilo.
- Entre la población usuaria de heroína, hay quienes creen que les están vendiendo heroína con fentanilo.

La malilla (síndrome de abstinencia).

- Consumen continuamente para no sentir la malilla.
- La desesperación por la malilla, los pone en riesgo de una sobredosis.

Sobredosis

- Prácticamente todos han experimentado por lo menos una sobredosis.
- Las sobredosis pueden ser causadas por: la potencia de la sustancia, la combinación con otras drogas, abuso de la cantidad o falta de tolerancia después de estar en un centro de tratamiento o bajo arresto.
- Los métodos a los que recurren para ayudar a una persona con sobredosis son: poner hielo en los testículos, golpear con una tabla las plantas de los pies, darles leche y la inyección de agua con sal.
- Cuando ya no pueden hacer nada llaman a la ambulancia y se retiran del lugar.
- Cuando son trasladados al hospital, no se cuenta con naloxona.
- Se destaca la solidaridad entre la comunidad usuaria de heroína, que hacen todo lo posible para salvar la vida de la persona que tiene la sobredosis.
- Se sugiere la distribución de naloxona en los sitios de consumo, organizaciones civiles, hospitales y centros de salud.

Prácticas de riesgo

- Las prácticas de riesgos identificadas son:
 - Utilizar jeringas e instrumental usado y sin limpiar.
 - Tener relaciones sexuales sin protección.
 - Intercambiar sexo por drogas.
 - No tratarse los abscesos cutáneos infectados.
 - Excederse en la cantidad de heroína.
 - Combinar heroína con cristal u otras drogas.



- Reconocen las prácticas de riesgo, pero el contexto hace que prevalezcan.

La presencia de la policía

- Los usuarios relatan que son violentados, extorsionados, discriminados y humillados, incluso hay historias de abuso sexual.
- Las detenciones regularmente injustificadas, tienen repercusiones en las estrategias de reducción de daños implementadas por las ONGs, ya que los cuerpos policíacos les decomisan o destruyen su instrumental para inyectarse.
- Las detenciones pueden terminar en una sobredosis al salir con síndrome de abstinencia.

Historias de cárcel

- La mayoría de los usuarios ha estado en la cárcel y adentro continuó su consumo.
- Los riesgos de adquirir VIH, VHC u otra infección de transmisión sexual en la cárcel pueden ser mayores, porque las jeringas se usan varias veces por distintas personas.
- Improvisan con materiales a su alcance para elaborar su parafernalia.

Centros de tratamiento

- Prácticamente toda la población usuaria de heroína ha experimentado por lo menos una vez estar en “el anexo”, es decir, en algún centro de rehabilitación.
- Algunos son enviados a tratamiento por parte de la fiscalía al ser arrestados.
- Después de varios intentos para buscar tratamiento, la familia del usuario desiste en su apoyo, ya que duran poco tiempo sin consumir.
- Quienes llegan a tratamiento voluntariamente, lo hacen para “engordar la vena”, es decir, mejorar su salud.
- Reconocen el trabajo de los centros de tratamiento, pero muchos han tenido malas experiencias en ellos, la percepción es que son lugares donde los humillan y violentan.
- Aproximadamente la mitad de los usuarios ha estado en tratamiento con metadona, resaltan la necesidad de tratamiento psicológico a la par.

Necesidades de tratamiento

- Los entrevistados mencionan que las personas a cargo de los centros pudieran estar más capacitadas para atender a usuarios de drogas.
- Que en los centros de tratamiento les proporcionen medicamentos, tratamiento psicológico y que los involucren en actividades además de las pláticas.
- Como medida de reinserción social, que al terminar el internamiento existan vínculos que los apoyen, como baños públicos donde puedan asearse y comedores comunitarios.
- Consideran que los precios de los centros de tratamiento, así como los medicamentos, son muy elevados.



- Es necesario promover el abastecimiento de naloxona para revertir sobredosis, ya que en México está prácticamente ausente.

Mujeres usuarias de heroína

- Desde pequeñas sufrieron violencia física, psicológica y emocional. Algunas han sido víctimas de abandono y violencia sexual por parte de sus padres, familiares cercanos, la policía o desconocidos.
- Consumen en promedio cinco veces al día, intercambian jeringas, prestan su parafernalia, combinan drogas, experimentan la malilla y llegan a la sobredosis.
- Intercambian sexo por drogas y en algunos casos se dedican al trabajo sexual ya sea voluntaria o involuntariamente para subsistir, mantener su consumo y en algunos casos el de su pareja.
- Viven su maternidad con dolor, algunos embarazos son a causa de violaciones y cuando nacen los bebés, su misma condición y los bajos recursos económicos les impide quedarse con ellos.
- Han sido secuestradas para probar drogas en sus cuerpos y al mismo tiempo para ser abusadas sexualmente.
- Son pocos los centros de tratamiento a los que pueden acudir y los que existen no contemplan la perspectiva de género.

Discriminación

- Viven discriminación por parte de la policía, al querer acceder a servicios de salud, al buscar empleo o incluso por parte de su misma familia.
- Casi nadie de ellos tiene conocimiento de alguna institución que les pueda ayudar.

Migración y deportación

- Algunos relatos señalan que su consumo inició en los Estados Unidos, otros al no poder cruzar la frontera o al ser deportados.
- La separación de la familia por migrar o por su deportación les provoca tristeza, soledad, nostalgia y dolor emocional.
- La heroína les ayuda a mitigar el dolor físico y emocional.

Experiencias de consumo en la cárcel

- Para sobrevivir y poder comprar sus dosis, las personas que consumen heroína en la cárcel trabajan para los que controlan las celdas, a veces implica que sean humillados y violentados.
- Los delitos por los que encarcelan a los usuarios de heroína son principalmente robo y venta de drogas.
- En la cárcel alguien que no consumía puede iniciar, cambiar sus prácticas de consumo en cantidad y frecuencia, combinar sustancias, inyectarse con jeringas improvisadas y usadas, o bien a mantener relaciones sexuales sin protección e intercambiar sexo por droga.



Una perspectiva no drogocentrada

- Se pudo corroborar que mejorar los lugares donde viven o duermen, su alimentación, su estado de salud y su higiene personal, son aspectos que les permitiría dignificar su vida y habría que considerarlos en la reducción de daños.

Sensibilizar corporaciones policíacas

- Se encontró que la población usuaria de heroína con frecuencia es víctima de maltrato, discriminación, extorsión y violación a sus derechos humanos por parte de los elementos policíacos.
- En las detenciones les quitan sus jeringas, sus medicamentos y les rompen su parafernalia.
- La capacitación y sensibilización a policías es indispensable, para evitar el maltrato y porque permanentemente se encuentran en riesgo al tener contacto con las jeringas e instrumental que utilizan las personas usuarias de drogas.

Reducción de daños

- Las ONGs han logrado cambios significativos en materia de reducción de daños entre la población usuaria de heroína.
- La mayoría conoce y participa en los programas de intercambio de jeringas, los talleres sobre prácticas de auto cuidado en el uso de drogas, prácticas sexuales seguras y el uso del condón.
- La mayoría de los usuarios está de acuerdo con la implementación de las clínicas de consumo seguro.
- Consideran que podrían contribuir a que no se perjudiquen más, controlando las dosis que se están inyectando, pudiendo prevenir la transmisión de enfermedades, pero sobre todo enfatizaron que aumentaría su seguridad porque no se tendrían que estar cuidando todo el tiempo de que los arreste la policía.



Conclusiones



CONCLUSIONES

La triangulación metodológica como eje medular de este estudio, permitió obtener una radiografía robusta del consumo de heroína y otros opioides en la frontera mexicana con Estados Unidos. A través de la búsqueda de estadísticas oficiales sobre este fenómeno en distintas fuentes de información, de la recolección de datos cuantitativos (en centros de tratamientos) y cualitativos (sitios de consumo) y de la detección de VIH y VHC en la población participante, se identificaron los principales problemas de salud y sociales que en la actualidad padece la población usuaria de estas sustancias.

La revisión sistemática de la literatura mostró dos datos relevantes, el primero que la población mexicana no presenta una prevalencia anual elevada de consumo de heroína (0.1%) comparada con la internacional (0.4%) (UNODC). Segundo, los datos a nivel nacional señalan que el consumo de esta droga se ha extendido a 30 entidades federativas, con índices más altos en Baja California (0.3%) y Chihuahua (0.2%) (Villatoro et al., 2017). Mientras que Centros de Integración Juvenil reporta la presencia de heroína como droga de impacto (la que lleva a tratamiento) en 17 estados con una media nacional de 1.4% de los casos atendidos; destacan también los estados del norte: Chihuahua (18%) y Baja California (6.2%) (CIJ, 2018). El registro de casos de centros no gubernamentales conocido como SISVEA reporta que en 10% de los casos atendidos en la zona norte, 1.9% de los atendidos en la zona sur y 0.6% en la zona centro, la heroína fue la droga de impacto (Secretaría de Salud, 2016). De ahí la importancia de monitorear el consumo de heroína y otros opioides en la franja fronteriza considerando que constituye un fenómeno binacional que ocurre en una frontera porosa.

Por otro lado, los resultados epidemiológicos y cualitativos del estudio mostraron que la población usuaria de heroína vive en condiciones de alta vulnerabilidad y rezago social. El 71% de las personas entrevistadas tiene una escolaridad de secundaria o menor, sólo el 27% tiene un trabajo formal, 62% gana cuatro o menos salarios mínimos al mes, viven en continua movilidad, 4 de cada 10 ha vivido en los últimos doce meses en picaderos, en cuartos de renta, y 3 de cada 10 en calles, lotes, puentes, centros de detención o penitenciarios. Así la falta de vivienda, de alimentación adecuada, de condiciones básicas para su aseo personal y de asistencia médica, potencializan los riesgos asociados a su consumo y precarizan aún más su vida. Además, vivir en estos terrenos psicotrópicos donde la venta de drogas, la disputa por los territorios, las persecuciones y detenciones constantes por parte de la policía, y en algunos casos hasta del ejército, propician el riesgo constante de perder la vida debido a la violencia estructural que existe en la frontera.



Dentro de este contexto se presentan las prácticas de consumo de la población usuaria de heroína, que como se muestra en los resultados de centros de tratamiento el 96.8% dijo que consumía diario, en promedio cinco veces al día y la vía intravenosa es la principal forma de administración en todas las ciudades.

En los sitios de consumo (*picaderos, yongos, calles, tapias*) la población puede llegar a inyectarse hasta diez veces al día según sus narrativas. Como se ha visto en otros estudios (Strathdee et al., 2005), el patrón de consumo es alto en cantidad y frecuencia, lo que les permite aliviar los síntomas de abstinencia, el dolor emocional y enfrentar el sufrimiento social (Ospina, 2018).

Esta forma predominante de consumo también incluye la combinación de heroína con cristal, con cocaína (*speedball*), con alcohol y otros medicamentos controlados (ansiolíticos, antidepresivos y otros opioides). Lo que les permite equilibrar los efectos de la sustancia, por ejemplo, lo depresor de la heroína y lo estimulante del cristal; para poder ser funcionales, potencializar los efectos, volver a sentir el “*rush*” o aumentar el deseo sexual.

En el estudio el 32.9% de la población reportó combinar heroína con cristal, porcentaje similar a lo reportado dentro del estudio de Meacham et al., (2016), en el que también destaca la asociación de combinar estas drogas con mayores sobredosis y prácticas de riesgo. Por lo tanto, las intervenciones en esta población deben considerar que se trata con poliusuarios en el momento de dirigir acciones de desintoxicación y tratamiento.

Este patrón de consumo de heroína de alta cantidad y frecuencia está estrechamente relacionado con el riesgo de sobredosis fatales y no fatales, con la presencia de infecciones como el VIH y VHC, así como con el mayor riesgo de presentar comorbilidades médicas y de salud mental. A continuación, se discuten estos temas.

- *Sobredosis*

Las sobredosis están relacionadas con la combinación de drogas y con el consumo de la sustancia después de haber estado en un centro de tratamiento o de detención, ya que al salir consumen dosis mayores a las que se inyectaban previamente y su cuerpo no lo resiste. Los datos del estudio en centros de tratamiento mostraron que 66.8% de los usuarios habían experimentado alguna sobredosis, con un promedio de cuatro veces en la vida y dos en los últimos doce meses.



Este porcentaje de sobredosis es similar a lo encontrado en EUA (Sherman et al., 2018). Esto señala la necesidad de implementar en la frontera norte de México un sistema de vigilancia para las sobredosis fatales. En EUA se calcula que son del 19% (Wheeler, Jones, Gilbert & Davidson, 2015) y en opioides sintéticos, donde se incluye el fentanilo, aumentaron un 72.2% de 2014 a 2015, mientras que por la heroína la tasa de muertes aumentó 20.6% (Rudd et al., 2016).

Otro punto por indicar es que en México la población que experimenta una sobredosis tiene menos alternativas para enfrentarla, ya que no cuenta con acceso a naloxona. En centros de tratamiento, el porcentaje que reportó haber usado este medicamento fue del 1.6%, con cifras iguales en las tres ciudades. La población en sitios de consumo manifestó la misma situación; “*nadie tiene acceso al medicamento*”. En su lugar, el método más recurrente es el uso de agua con sal inyectada. Así, casi 4 de cada 10 mencionó que había recibido una inyección intravenosa o intramuscular de esta solución. Dentro de los conocimientos y formas de gestionar los riesgos asociados al consumo de heroína, la población ante un episodio de sobredosis toma la decisión de intentar salvar la vida con los métodos que tiene a su alcance. Si bien puede discutirse científicamente la efectividad de este método, lo cierto es que hasta el momento no se ha documentado en la literatura algún estudio que muestre los posibles riesgos y beneficios de este antídoto; es entonces importante desarrollar investigación en el tema.

Otras estrategias para revertir las sobredosis son infligir dolor en distintas partes del cuerpo: “*dar cachetadas*”, “*golpear con una tabla las plantas de los pies*” y “*poner hielo en los genitales*”. Desde la experiencia de la población, todos estos métodos reviven a quien está en medio de una *doblada* (sobredosis). Llamar a los servicios de emergencia, es otra alternativa de la población, aunque sólo el 17.6% de la población en centros de tratamiento refirió haberlo hecho, dado que esta acción implica una posible consecuencia legal para quien pide el servicio o para los usuarios que se encuentran presentes haciendo un rescate. Vale la pena subrayar que pedir auxilio a los servicios de emergencia, sin temor a ser remitido a algún centro de detención, debe ser un derecho, un acto humano de solidaridad y acompañamiento, que por ningún motivo tiene que ser castigado judicial o socialmente.

- *Compartir jeringas y el riesgo de adquirir infecciones*

Otra práctica de riesgo bastante frecuente entre la comunidad es compartir jeringas. De ahí que tres cuartas partes de la población en rehabilitación, manifestó que sí había prestado su jeringa ya usada a alguien más y casi el 80% compartía parafernalia. La observación etnográfica en los sitios de consumo permitió constatar que el entorno muchas veces propicia estas prácticas. Es decir, si no tienen su *cura* (dosis) habitual o no tienen equipo de inyección nuevo, lo piden prestado o bien dividen las drogas usando la misma jeringa, consideran que todo ello es mejor antes que sufrir *la malilla* (los efectos del



síndrome de abstinencia). Estas prácticas de intercambio de jeringas y parafernalia entre la población constituyen un riesgo para adquirir infecciones como VIH, VHC y otras ITS. Así, resulta prioritario facilitar a los usuarios el acceso a las jeringas. Esto implica que no se les niegue la venta por ser consumidores o por su apariencia y que se continúe con el apoyo a los programas de intercambio de jeringas los cuales han tenido mucho éxito en la reducción de la transmisión de estas infecciones y que han sido conducidos por las ONGs (Des Jarlais, 2017).

Al respecto, en este estudio los casos reactivos a VIH correspondieron al 2.7% (16 casos) en centros de tratamiento y 4.3% (16 casos) en sitios de consumo. El resultado global de reactividad a VIH detectado en este estudio en centros de tratamiento es similar al reportado por CENSIDA (Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el Sida, 2018) en personas que se inyectan drogas (2.4%). Tijuana tuvo el porcentaje más alto 6.6% en centros de tratamiento y 7.3% en sitios de consumo, en comparación con Ciudad Juárez (1.5% y 3.2%, respectivamente). En San Luis Río Colorado no se detectaron casos reactivos de este virus. Es necesario continuar con el monitoreo de casos reactivos a VIH en estas tres ciudades y, en general, en la frontera por las dinámicas de consumo y las prácticas de riesgo existentes. Ante esto, es relevante apoyar a los Centros Comunitarios de Detección que trabajan directamente con estas poblaciones, para poder contar con múltiples mediciones que permitan observar las tendencias y sus posibles variaciones.

- *Acceso a tratamiento y servicios de salud para VIH y VHC*

El acceso a tratamiento para VIH tiene una alta cobertura, ya que, de los 14 usuarios diagnosticados con VIH, 11 están recibiendo tratamiento. Aquí hay que resaltar la exitosa articulación de los programas de navegación de las ONGs con los Centros Ambulatorios para la Prevención y Atención en SIDA e Infecciones de Transmisión Sexual (CAPASITS). De este modo, los promotores de salud de las ONGs navegan a los usuarios desde el trámite de una identificación oficial como la del Instituto Nacional Electoral (INE), la incorporación del paciente al Seguro Popular, hasta la vinculación con los servicios de salud correspondientes, para realizar todos los estudios y recibir el tratamiento antirretroviral.

Respecto a los casos reactivos de VHC, se observó un índice de 76.9% (455 casos) en centros de tratamiento y 88.8% (333 casos) en sitios de consumo. De hecho, 136 de los participantes detectados en centros de tratamiento mencionaron que ya recibieron un diagnóstico confirmatorio por un médico y de éstos, únicamente 3 están recibiendo tratamiento. El porcentaje de VHC encontrado en el estudio, es mayor al calculado a nivel internacional por la Organización Mundial de la Salud (2016) en usuarios



de drogas inyectadas (67%). Este resultado visibiliza la enorme brecha para la atención de esta enfermedad, pues el tratamiento en la frontera de México para la población usuaria de drogas inyectables es prácticamente nulo. Durante el trabajo de campo y como parte del algoritmo del estudio, los promotores de salud entregaron a la población un folleto donde se indicaban los primeros pasos y cuidados que debían mantener. En general, se siguió el mismo esquema de navegación que en VIH, así los promotores apoyaron a los usuarios que lo solicitaron, con el trámite de su identificación oficial, la inscripción al Seguro Popular y con la cita para realizar los primeros estudios de carga viral y genotipo de VHC, así como análisis sanguíneos para la vigilancia del sistema hepático. Sin embargo, al no estar disponible el tratamiento para esta población en el Seguro Popular, los casos detectados en el estudio tendrán que esperar.

- *Necesidad de tratamiento basado en evidencia*

En cuanto al acceso a tratamiento para la dependencia a heroína, los tratamientos de ayuda mutua o de 12 pasos son a los que ha acudido casi el 100 por ciento de los participantes del estudio, seguido por un tercio que ha recurrido a las clínicas de metadona. Esta información permite resaltar la escasez de opciones para el tratamiento de la dependencia de opioides en la frontera.

En el mundo se han desarrollado múltiples alternativas, entre las que destacan los tratamientos farmacológicos que incluyen agonistas opioides (metadona, buprenorfina, levacetilmetadol), antagonistas (naltrexona, naloxona) y farmacoterapias no opioides (agonistas adrenérgicos alfa-2) (Veilleux, Colvin, Anderson, York & Heinz, 2010). Estos tratamientos se utilizan tanto para la desintoxicación y reversión de sobredosis, así como para el tratamiento a largo plazo, ya sea para la abstinencia o el mantenimiento. Además, se han desarrollado alternativas de apoyo psicosocial. Estos programas proporcionan a los usuarios apoyo psicológico para tratar su dependencia a través de estrategias cognitivas, conductuales, espirituales y de soporte a la familia. Mientras que, en la parte social se les brinda orientación para que puedan capacitarse en un oficio y así tener posibilidades de encontrar un trabajo. Otras actividades están dirigidas a la creación de nuevos grupos de convivencia; todas estas estrategias tienen como objetivo que la población logre desarrollar un estilo de vida diferente, se adhiera a tratamiento y disminuya su consumo o los riesgos asociados (Amato et al., 2008). Es prioritario que en los estados fronterizos se implementen estos tratamientos basados en evidencia, para que los usuarios con dependencia a opioides tengan mayores posibilidades de rehabilitarse y de reducir los daños relacionados a su consumo.



Una medida que ha sido efectiva durante los últimos 20 años es la prevención de muertes por sobredosis a través de la pronta administración de naloxona a los usuarios (McDonald, Campbell & Strang, 2017). Sin embargo, en México aún se deben superar barreras legales, clínicas y sociales que permitan distribuir este medicamento entre la población. En el presente estudio se observó que algunas ONGs ya están empezando a proporcionar naloxona gracias al apoyo de organismos internacionales, pero no se ha llegado ni al 2% de los usuarios. Incluso quienes han tenido acceso, reportaron que la policía les ha quitado el medicamento en las detenciones; esta situación ha originado que los usuarios no lo lleven consigo para evitar la confiscación, pero dificultando que cuenten con él cuando se presenta una sobredosis.

De igual manera, se debe contemplar a los usuarios como agentes de implementación de las estrategias de reducción de daños dada su experiencia en la dinámica del consumo (Faulkner-Gurstein, 2017). Lo anterior se vio reflejado en la información compartida por los participantes, pues mencionaron que fueron sus amigos quienes principalmente les ayudaron a revertir las sobredosis experimentadas. En un estudio donde se distribuyó naloxona intranasal a los usuarios de opioides, el 70% de los que volvieron para reabastecer, reportó haberla usado (Madah-Amiri, Clausen & Lobmaier, 2017). Por lo tanto, apoyar programas que otorguen naloxona a los usuarios y los capaciten en técnicas de primeros auxilios será una buena medida para los estados donde se presenta el consumo de heroína y otros opioides, sin olvidar la importancia que reviste el capacitar continuamente a los mandos policiales, en lo vital que es para los usuarios traer consigo la naloxona.

En cuanto al tratamiento de mantenimiento con metadona, un poco más de la mitad de los usuarios (309) en el estudio mencionaron que habían estado inscritos alguna vez en un programa y en su mayoría ya habían desertado. Únicamente 30 usuarios reportaron actualmente estar en este tipo de tratamiento. Dentro de las principales razones para abandonar la metadona se encontró que en Tijuana y Ciudad Juárez las clínicas son pocas y les quedan lejos, además los costos no son accesibles para ellos. Mientras que en San Luis Río Colorado al momento del estudio no había ninguna clínica que ofreciera el servicio.

De los usuarios que han recibido el tratamiento, es importante mencionar que tienen poco conocimiento de cómo actúa la metadona en el organismo, no reciben orientación por parte de los profesionales de la salud para su uso e incluso algunos la utilizan mientras siguen consumiendo heroína. Por lo tanto, la reducción de las barreras personales, económicas e institucionales para acceder a estos tratamientos es un tema por considerar, así como la necesidad de mejorar la adherencia terapéutica.



Adicionalmente al uso de medicamentos, los usuarios expresaron la necesidad de apoyo psicológico en sus tratamientos. La terapia conductual (Carroll et al., 2001) y la atención plena “mindfulness” (Peele, 2016; Yaghubi, Zargar & Akbari, 2017) han mostrado efectividad en el tratamiento de esta población, por lo que serían alternativas adecuadas para ser incorporadas a los programas de reducción del daño. Encontrar la manera de capacitar al personal de los centros de tratamiento o que éstos cuenten con profesionales que puedan proporcionar apoyo terapéutico es fundamental, pues entre otros aspectos, los usuarios en este estudio presentaron distintos malestares emocionales y eventos traumáticos.

- *Recaídas*

Respecto a las recaídas, prácticamente todos los usuarios en centros de tratamiento han tenido una. Desde la perspectiva de reducción de daños, éstas constituyen parte de la rehabilitación. En este sentido, es importante que los centros de tratamiento y las clínicas de metadona consideren la posibilidad de ampliar las oportunidades de ingreso, debido a que esta población además de la dependencia a la heroína y otras drogas, al salir regresa al mismo entorno de consumo y de exclusión. De ahí que el proceso de tratamiento se debe acompañar de actividades que faciliten una reinserción social.

- *Necesidad de salas de consumo seguro*

Cambiar el paradigma actual en torno al uso de drogas y transitar hacia uno centrado en los derechos humanos y en la no criminalización, es fundamental para avanzar en la construcción de nuevos modelos de tratamiento. Para ello, es necesario que las personas con dependencia a alguna droga sean vistas como una población que requiere recibir servicios integrales de salud y lugares adecuados para administrarse una sustancia como son las salas de consumo seguro.

De acuerdo con la evidencia, estos lugares han tenido impacto en la reducción de la reutilización de jeringas, la transmisión de infecciones como VIH y VHC, en las sobredosis y, en consecuencia, en disminuir la tasa de mortalidad de estos usuarios. Incluso se ha reportado que favorecen la búsqueda e inicio de tratamiento y que no aumentan la cantidad de nuevos usuarios, de crimen o de tráfico de drogas (Beletsky et al., 2018). En el presente estudio, el 70% de la población en centros de tratamiento mencionó que asistiría a estas salas porque les permitiría evitar sobredosis, lesiones, la transmisión de ITS y protegerse de las detenciones policíacas.



- *Situación legal*

Casi todos los participantes del estudio mencionaron haber sido detenidos por la policía o el ejército alguna vez en la vida. Más de la mitad de ellos reportó que los detuvieron por posesión de drogas, sin embargo, ellos consideran que los detienen sólo para cubrir su cuota de arrestos. En las detenciones los usuarios son extorsionados, golpeados e incluso algunas mujeres llegan a ser víctimas de abuso sexual.

Así mismo, la mitad de los entrevistados en centros de tratamiento han sido sentenciados a prisión 3.2 veces en promedio. La evidencia señala que encarcelar a las personas que se inyectan drogas facilita la transmisión de VIH y VHC. Si estas medidas continúan, las estimaciones señalan que en la próxima década entre el 28 y 55% de las nuevas infecciones serán atribuibles a personas que están o estuvieron encarceladas (Altice, et al., 2016). Por otro lado, si se reduce sustancialmente el encarcelamiento a usuarios de drogas, se podrían prevenir casi una de cada diez infecciones en los próximos 12 años (2018–2030) y una de cada cinco nuevas infecciones si se proporcionara tratamiento con agonistas opioides (Borquez et al., 2018). Así fortalecer el intercambio de jeringas en lugar de confiscarlas y eliminar la criminalización de los usuarios, son reformas que se deben implementar y fortalecer en la práctica. Al respecto la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2017) ha exhortado a los estados para que adopten políticas en materia de drogas que respeten el estado de derecho, la presunción de inocencia, el derecho a juicios imparciales y que se impidan las detenciones arbitrarias.

- *Discriminación*

La discriminación hacia los usuarios por parte de sus familiares, en el ámbito laboral y en los centros de tratamiento es recurrente. Este rechazo se acentúa si pertenecen a la comunidad LGBTT (Lésbico, Gay, Bisexual, Transexual, Transgénero), si son adultos mayores, trabajadoras sexuales, migrantes, mujeres embarazadas o si son portadores de VIH. Por lo tanto, trabajar con la comunidad y los prestadores de servicios en reducir el estigma, es un tema que requiere ser abordado por instituciones como el Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (CONAPRED) y la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH).

- *Las usuarias de heroína*

Otro tema importante es el consumo en las mujeres, los resultados epidemiológicos y cualitativos muestran el contexto, las prácticas y las diferentes problemáticas en las que se encuentran inmersas las usuarias de heroína. Durante la investigación no fue fácil encontrarlas, su consumo al parecer es



más oculto. Si bien es cierto que son menos las mujeres que consumen drogas, en los sitios de consumo se ubicaron más mujeres (15.1%) que en centros de tratamiento (10.2%); la brecha entre hombres y mujeres en la búsqueda de atención aún es grande. Ante esto, se requiere contemplar las necesidades específicas de las mujeres y considerar que muchas están en etapa reproductiva, han estado embarazadas, son madres o jefas de familia; condiciones que con frecuencia les impiden buscar tratamiento o no recibir el adecuado.

Otro tema importante en las mujeres es la violencia, ya que están expuestas desde su infancia y hasta la vida adulta a distintos tipos de violencia físico, emocional y sexual por parte de su familia, la policía y la comunidad. Además, de acuerdo con lo encontrado en este estudio, las mujeres en el mercado de las drogas llegan a ser utilizadas para el testeo de sustancias, lo que representa una forma de violencia de género diferente a las antes descritas y que requiere toda la atención, pues en estos contextos psicotrópicos, estos actos posiblemente sean más comunes. Sin duda, todas estas experiencias de violencia constituyen una fuerte violación a los derechos humanos de las mujeres, con repercusiones de alto impacto en su salud mental.

- *Migración*

En cuanto a la migración, se encontró que son múltiples las causas por las que los usuarios en algún momento fueron a Estados Unidos; van en busca de trabajo, de una vida mejor, para reencontrarse con otros familiares e incluso para estudiar. Durante sus intentos arriesgan su vida, algunos nunca lograron cruzar y de los que sí, más de la mitad fueron deportados. Algunos de ellos no pudieron regresar a su lugar de origen por falta de recursos económicos o simplemente decidieron quedarse en la frontera con la esperanza de cruzar de nuevo. La frustración ante cada intento acrecentó los sentimientos de malestar emocional, encontrando alivio en la heroína. Considerar que son personas que han dejado atrás sus redes de apoyo y que han pasado muchos años en la búsqueda de alternativas para adaptarse a su nueva realidad, conlleva la necesidad de crear estrategias para vincularlos nuevamente a la comunidad, respetando sus prácticas de consumo y apoyándolos a mitigar los daños asociados.

- *Temas de relevancia para la agenda bilateral fronteriza*

Por otro lado, un tema relevante en la agenda bilateral fronteriza se refiere al fentanilo y las graves consecuencias de su consumo. Los resultados mostraron que la población no lo conocía y únicamente seis personas en centros de tratamiento y tres en sitios de consumo, mencionaron haberlo consumido. Cabe mencionar que, del total de estos casos, cuatro usaron fentanilo en Estados Unidos y eran americanos.



Lo usuarios que lo han consumido, describen el fentanilo como un polvo blanco, en el estudio solo 8% de la población manifestó haber consumido heroína con esas cualidades, y en Tijuana es donde más usuarios lo han utilizado (13%), seguido de San Luis Río Colorado (8%) y en un porcentaje menor Ciudad Juárez (2%). Estos hallazgos resaltan la importancia de llevar a cabo en la frontera norte de México, estudios de análisis de sustancias para identificar la sustancia activa, los adulterantes y diluyentes que puedan estar presentes en el polvo blanco y en otros tipos de heroína, pues la gran mayoría de los usuarios únicamente refieren que sus efectos son mayores y para algunos más placenteros; sin embargo, existe desconocimiento en ellos sobre lo que en realidad es esta sustancia.

Al respecto, la evidencia internacional muestra que las personas que usan drogas a menudo no saben si el fentanilo está presente en lo que están consumiendo. Por ejemplo, en un estudio con 242 usuarios de heroína en Canadá, el 29% dieron positivo a este opioide, de ellos la mayoría (73%) informaron no saber que habían consumido la sustancia (Amlani et al., 2015). Otro estudio en la misma ciudad, realizado en dos salas de consumo seguro, encontró que en 1006 muestras analizadas de opioides 822 (90.6%) dieron positivo a fentanilo, mientras que de 256 de metanfetamina 15 (5.9%) obtuvieron el mismo resultado, de 140 muestras de cocaína o crack sólo 3 (2.1%) fueron positivas y de 141 de psicodélicos ninguna muestra contenía fentanilo (Tupper et al., 2018).

Los últimos reportes de la JIFE de Naciones Unidas (JIFE, 2017), han señalado la necesidad de que los países reporten las incautaciones de precursores de este opioide. En México, la Procuraduría General de la República (PGR) ha informado sobre decomisos de fentanilo, aunque las investigaciones no han determinado si en el país se produce o sólo hay sitios de resguardo. En este contexto, se requiere el trabajo articulado de distintas instituciones para velar por la seguridad y sobre todo por la salud de la población que está expuesta al consumo de opioides sintéticos. La posible presencia de nuevas sustancias psicoactivas en la frontera mexicana requerirá la incorporación de programas de análisis de sustancias en las estrategias de reducción de daños, pues sin duda, además de alertar a la comunidad para apoyarlos en la mitigación de los riesgos y daños, este tipo de programas deben alimentar los sistemas de monitoreo y vigilancia de drogas a nivel nacional e internacional.

Por otro lado, este estudio permitió identificar en centros de tratamiento y en sitios de consumo a población de origen americana y así conocer sus experiencias en el consumo de heroína. En cuanto a los indicadores sociodemográficos se observó que en este grupo hay una mayor representación de mujeres, población más joven, soltera y con mayor escolaridad en comparación con la población mexicana. Se emplean en trabajos precarios e informales, pero reciben ayuda de familiares, pensiones o de programas sociales del gobierno americano, por lo cual sus ingresos son mayores, por ejemplo, en



centros de tratamiento se encontraron ingresos mayores a los 8 salarios mínimos (\$19,210.00) en el 43% de la población. El tener ingresos mayores a los mexicanos parece disminuye su nivel de vulnerabilidad, así tres cuartas partes de ellos compra sus jeringas en una farmacia y así reducen los riesgos que causa el compartirlas; lo que se reflejó en un menor número de casos reactivos de VIH y VHC. Además, han tenido menos sobredosis en la vida (3 veces en promedio), aunque en el último año el promedio de sobredosis es similar en ambos grupos (2 veces en promedio). En cuanto a la forma de revertir estas sobredosis, ellos tienen más acceso a naloxona. Un aspecto en el que ambas poblaciones coinciden es la movilidad que tienen en cuanto a la vivienda, pues en los últimos doce meses, una alta proporción vivió en distintos lugares (casa o departamento de padres, amigos, en la calle, en cuartos de renta, carros y en casas abandonadas (picaderos).

Por otro lado, la observación etnográfica permitió identificar a los usuarios que no están en centros de tratamiento y que tienen una residencia permanente en la frontera mexicana. La mayoría comenzó su consumo en EUA y, por problemas legales o familiares, migraron a México. En este país sus ingresos les permiten rentar una vivienda y crear una comunidad entre ellos, disminuyendo así los riesgos que implica estar expuestos en las calles, tales como el asedio policiaco y las riñas constantes. En general, pareciera que tienen mejor calidad de vida, comparada con la población mexicana.

Es importante señalar que los usuarios americanos acuden a los centros de tratamiento en México, porque son más baratos y porque cuentan con la modalidad de internamiento, lo que para ellos representa una oportunidad mayor de rehabilitarse. Al preguntarles sobre su experiencia en estos centros, mencionaron que los servicios pueden mejorar integrando apoyo terapéutico en inglés y evitando aislarlos de los demás por no hablar español. Adicionalmente, consideran que se requiere una mejor articulación entre los centros de tratamiento mexicanos y los servicios de apoyo de EUA, lo que posiblemente facilitaría que al concluir su internamiento se puedan integrar a sus comunidades de origen.

- *Diferencias entre las ciudades fronterizas mexicanas*

Al analizar las ciudades, uno de los primeros hallazgos es que Ciudad Juárez difiere en mayor medida de las otras dos ciudades. La edad de inicio para cualquier droga es un año menor en esta ciudad (13 años), se consume heroína una vez más por día (6 veces), más usuarios consideran que la pureza de esta sustancia ha disminuido, el consumo de heroína inyectada, sin combinarla con otras drogas es mayor, el consumo de opioides sin prescripción y de cocaína es más alto, mientras que se consume menos cristal y heroína en polvo blanco o polvo café. Estas diferencias se confirmaron en el estudio etnográfico, donde se observó que, en ciertos territorios, al momento de recabar los datos, se prohibía



la venta de drogas como el cristal. Al haber poca disponibilidad de esta sustancia, los usuarios optan por la mezcla de heroína y cocaína (speedball), la cual es significativamente más alta comparada con San Luis Río Colorado.

Esta misma dinámica se ve reflejada en las drogas de impacto, ya que de las tres ciudades es en la que más se busca tratamiento para dejar el alcohol, o los opioides controlados sin receta, el crack, la cocaína y aparece muy poco el cristal. Las principales barreras de acceso a tratamiento en esta ciudad son institucionales, debido a que más población no sabe a dónde acudir, el centro de tratamiento está muy lejos de donde viven, les resulta difícil conseguir una cita y están insatisfechos con los servicios disponibles. Respecto a los problemas con la policía, en Ciudad Juárez los usuarios son detenidos en mayor proporción por venta de drogas, por alterar el orden público o sólo para quitarles su dinero. En cuanto a la discriminación se reportó más por parte de la familia y al solicitar trabajo, que en las otras dos ciudades.

Estos resultados muestran las distintas dificultades que enfrentan los usuarios, derivadas muchas de ellas del clima de violencia y de las políticas de drogas focalizadas en la persecución policiaca que prevalecen en la ciudad.

Respecto a San Luis Río Colorado, los usuarios inician un año antes (a los 20 años) el consumo de heroína que los de Tijuana. El consumo de heroína con cristal es mayor, al igual que la búsqueda de tratamiento por esta combinación. El tratamiento involuntario es casi el doble que, en las otras ciudades, aunque esto se podría deber a que en San Luis Río Colorado más usuarios mantienen el contacto con sus familias y ellos los envían. Los usuarios de esta ciudad fueron los que más reportaron barreras personales, familiares e institucionales para acceder a tratamiento. Cabe mencionar que al momento del estudio no había ninguna clínica de metadona en la ciudad.

En esta misma ciudad es donde los usuarios reportaron más detenciones por estar deambulando. Ese resultado probablemente se relacione con la mayor aceptación de esta población para asistir a salas de consumo seguro, si estas fueran puestas en marcha. Esta opción permitiría además de disminuir los arrestos arbitrarios, reducir sus prácticas de riesgo.

Otro aspecto relevante, es que en esta ciudad no hay un programa fijo de reducción de daños, lo que posiblemente se asocie a la mayor frecuencia de prácticas de riesgo como: prestar jeringas usadas, dividir drogas con la misma jeringa y no limpiar las jeringas con cloro antes de usarlas. En este sentido,



es importante que instituciones del sector salud se sumen a los esfuerzos de las ONGs, pues las necesidades de la población usuaria de drogas inyectables son diversas y requieren servicios permanentes.

En cuanto a Tijuana, el promedio de edad para el inicio del consumo de heroína es un año mayor que en las otras ciudades. También el consumo de heroína fumada es mayor en esta ciudad, aunque el uso predominante es la vía inyectada. En esta ciudad, así como en San Luis Río Colorado hay más presencia de heroína en polvo blanco o café que en Ciudad Juárez. Asimismo, el consumo actual de cristal y china white es más del doble que en las otras ciudades. En las entrevistas en profundidad, los usuarios definieron a la china white como un tipo de heroína sintética y con efectos más potentes.

Otro de los datos relevantes, es que la ciudad presentó más casos reactivos de VIH en centros de tratamiento y sitios de consumo, resultado que posiblemente se asocie con la mayor disponibilidad de drogas como la heroína en polvo blanco y el cristal, particularmente la combinación de heroína con cristal, de acuerdo con las narrativas, potencializa los efectos e incrementa el deseo sexual. Asimismo, la mayor reactividad del virus podría relacionarse con la alta cantidad de personas que viven en situación de calle y el considerable flujo de migrantes a EUA.

Aun cuando los usuarios viven en estas condiciones, es importante señalar que hacen mayor uso de los servicios de emergencia ante una sobredosis, tienen más acceso a clínicas de metadona y a instituciones de gobierno que en las otras dos ciudades. Además, Tijuana es la ciudad donde menos se prestan jeringas y se dividen drogas entre los usuarios.

- *Fortalezas y limitaciones del estudio*

Pocas investigaciones permiten realizar comparaciones entre ciudades fronterizas, siendo este el primer trabajo que además de estudiar a Tijuana y Ciudad Juárez, incluye a San Luis Río Colorado; ciudad que concentra una amplia comunidad de usuarios de heroína y que por su ubicación geográfica es una ruta importante de tráfico de drogas.

Adicionalmente, el diseño del estudio transversal, etnográfico y con un componente serológico a través del método Rapid Assessment, permitió evaluar la magnitud del consumo de heroína y de los problemas que presenta la población en escenarios complejos. En este sentido, las Evaluaciones Rápidas además de ser una fuente de información eficaz para el diagnóstico, intervención y monitoreo del consumo de sustancias, pueden enriquecer el trabajo de los Observatorios Nacionales e Internacionales de Drogas.



Dentro de las limitaciones del estudio, aunque se logró contar con un tamaño de muestra importante, no es posible generalizar los hallazgos, dado que el tipo de selección no fue aleatorio. Vale la pena considerar que una importante proporción de la población usuaria de heroína no tiene un lugar fijo donde habitar, siendo con frecuencia los centros de tratamiento y los sitios de consumo sus espacios de residencia. Asimismo, algunos grupos como la comunidad LGBTT, mujeres, personas con VIH y adultos mayores fueron más difíciles de encontrar. No obstante, la aproximación a esta población en los escenarios mencionados fue la más adecuada, pues los estudios por encuesta que regularmente se llevan a cabo en hogares, no tienen el suficiente alcance para encontrar a esta población oculta.

Por otra parte, como en todos los estudios retrospectivos, los recuerdos de situaciones específicas pueden ser imprecisos o influenciados por el estado cognitivo y/o emocional del entrevistado o por el entrevistador. Esta problemática se trató de reducir al mínimo a través de la capacitación en la metodología de levantamiento de datos y la supervisión a todo el equipo de campo durante todo el proyecto.

Asimismo, la información presentada en este libro corresponde a lo experimentado a lo largo de la vida por los participantes, de manera que no se puede asegurar un orden temporal y mucho menos causal de las problemáticas. En este sentido, el objetivo principal de este trabajo es de tipo descriptivo, en donde lo que se muestra es un panorama global de las dinámicas y contextos del consumo de heroína en las tres ciudades.

En próximos trabajos se hará el análisis de las relaciones entre variables, con el objetivo de identificar posibles asociaciones entre las prácticas de consumo y otras variables contextuales. Además, se profundizará en el análisis de las narrativas de los entrevistados en sitios de consumo; con la finalidad de lograr una mayor comprensión del fenómeno estudiado.

Recomendaciones Finales

- Se espera que, con base en lo presentado en este libro, se puedan orientar más acciones de intervención comunitaria desde el modelo de reducción de riesgos y mitigación de daños que hayan probado su efectividad. Como son los programas de intervención con naloxona y capacitación a pares, servicios ambulatorios de tratamiento, programas de detección de sustancias, adulterantes y diluyentes, así como la creación de políticas públicas que permitan la disponibilidad de opciones de tratamiento con medicamentos para la dependencia a opioides; además de continuar con la capacitación a policías y, en general, al poder judicial y las autoridades locales que apele a generar en ellos mayores conocimientos y una mayor



comprensión de lo que es un proceso adictivo, con el fin de evitar abusos y violaciones a los derechos humanos de la población usuaria de drogas.

- De igual manera, es prioritario impulsar acciones hacia los profesionales de la salud y centros de tratamiento, como la capacitación continua al personal, la supervisión constante del cumplimiento de normas de infraestructura que se requieren para operar un centro de rehabilitación, así como un mayor énfasis en la calidad de los servicios, el respeto a los derechos humanos y una mayor humanización de los prestadores de servicios. Asimismo, es fundamental el trabajo terapéutico comunitario en salud mental por parte de psicólogos y psiquiatras, para mitigar los daños emocionales en la población usuaria de drogas. Esto significaría que personal de salud mental capacitado salga también a las calles y brinde a la población modalidades de tratamiento apegadas a su contexto.
- Por el lado institucional, es necesaria la instauración de un sistema de alerta temprana para la identificación de nuevas sustancias psicoactivas. Es fundamental contar con una mayor sistematización del registro de información relacionada con los ingresos y egresos hospitalarios por opioides, muertes por sobredosis, así como ampliar la cédula de registro del Sistema Nacional de Información de Salud en donde se incorpore una categoría específica sobre búsqueda de tratamiento por opioides.
- Sin duda, la población que está inmersa en el consumo de drogas, que sobrevive en situación de calle o en viviendas con condiciones mínimas de habitabilidad, requiere una mirada diferente en todos los niveles, con objeto de promover desde distintos espacios acciones dirigidas a mejorar su calidad de vida y a disminuir los riesgos asociados a su consumo. Se debe trabajar en reducir tanto el estigma como las acciones que solo llegan a empeorar su situación personal o de salud.
- Así como resulta prioritario visibilizar a estas poblaciones ocultas, también se requiere que el gobierno, en sus tres niveles y las ONGs tengan una mayor vinculación que dé como resultado, entre otros aspectos, un trabajo colaborativo de mayor amplitud con apoyo continuo a sus programas de intervención comunitaria.

Se espera que los hallazgos de este estudio sean útiles a los profesionales de la salud y a los tomadores de decisiones de los gobiernos de México y Estados Unidos para instrumentar políticas públicas, basadas en evidencia que incidan en mejorar las condiciones de vida de los usuarios en ambos lados de la frontera.



Glosario



GLOSARIO

Camaradería: Es el vínculo amistoso o de respeto que se forjan entre dos o más personas con intereses o afectos en común. La camaradería implica que entre esas personas existe la solidaridad, el cariño y la simpatía. Quienes desarrollan este tipo de relaciones son camaradas.

Camarear: Cuando las personas están activas, en constante movimiento, trasladándose de un lugar a otro.

Carga: Es el contenido líquido de heroína dentro de una jeringa listo para usarse.

CERESO: Centro de Readaptación Social.

Chacalear o marranear: Abusar de la cantidad de heroína u otra sustancia al momento de inyectarse. Es frecuente que se utilice el término cuando han dejado de consumir por un tiempo y cuando vuelven a hacerlo con cantidades altas lo que les puede provocar una sobredosis.

China White: Es una variedad de la heroína de color blanco en polvo, que los usuarios refieren como más potente que la heroína tradicional.

Chiva, goma de opio, polvo canelo, sangre de pichón o negra: Las maneras de nombrar a la heroína, de acuerdo a su aspecto y las zonas donde se consume esta sustancia.

Coca o soda: Nombres con los que se le conoce popularmente a la cocaína.

Conecta: Lugar en donde se compran o consiguen heroína u otras drogas.

Conejillo de indias: La expresión se usa de manera coloquial para indicar que una persona es sometida a un experimento o ensayo, en este caso para experimentación con drogas.

Crico, cristal, ice, hielo: Son los nombres con los que se le conoce comúnmente a la metanfetamina entre la población usuaria de drogas inyectables. Generalmente se refiere a la forma de esta droga que se puede fumar. Es un polvo blanco, cristalino, sin olor, y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o licor. En otros contextos de consumo también se le conoce en español como “anfeta”, “meta” y “tiza” o inglés como “speed”, “meth” y “chalk”.

Cuerazo o ponchadas: Abscesos sub-cutáneos causados por inyectarse inapropiadamente, que pueden provocar infecciones por malos cuidados, al grado extremo de perder alguna de las extremidades del cuerpo.

Cuca o cacharro: Recipiente pequeño y hondo de aproximadamente 5 cm., que utilizan los usuarios de heroína y otras drogas inyectables para mezclar y disolver la sustancia en agua.

Cuquear, coquear o cocinar: Preparar las dosis de heroína u otra droga inyectable en un pequeño recipiente hondo de aproximadamente 5 cm., conocido como cuca o cacharro, el cual se calienta para mezclar y disolver la sustancia en agua antes de inyectarse.



Cura o chinche: Son los términos que comúnmente utilizan los usuarios para referirse a una dosis de heroína u otra droga inyectable.

Doblada: Se refiere a una sobredosis de heroína. Se presenta cuando alguien toma demasiada cantidad de una sustancia, en este caso de heroína. Puede suceder por accidente o intencionalmente y puede ocasionar síntomas graves y dañinos o incluso la muerte.

El Cuete: Es un proyecto de investigación de la ciudad de Tijuana que se enfoca en la prevención del VIH para personas que se inyectan drogas.

Engordar la vena: Periodo en el que las personas usuarias dejan de consumir heroína con el fin de recuperarse de los daños en sus venas. Se trata de personas que no quieren dejar de consumir, pero debido a esta condición de salud, deciden acudir a un centro de tratamiento. Una vez que sus venas sanan vuelven a usar drogas. Son la población que tiene mayor riesgo de sobredosis cuando deciden nuevamente inyectarse, debido a que han perdido la tolerancia a la heroína.

Fierrazo: Es la acción de inyectarse la heroína, haciendo referencia a la introducción de aguja (de metal) a la vena del usuario.

Limpia/o, andar limpio/a: Tener un tiempo sin consumir heroína o cualquier otra sustancia.

Malilla: Sentirse mal por los efectos del síndrome de abstinencia, a partir de tener cierto tiempo sin inyectarse heroína. La mayoría de los usuarios le temen en extremo a esta sensación y tratan de tener siempre dosis para no pasar por ese momento.

Mixear: Mezclar la heroína con otras drogas.

Morras: Término utilizado para nombrar coloquialmente a las mujeres.

Mota: Marihuana.

Nariceada: Una de las formas de consumir heroína u otras drogas en polvo, a través de inhalar la sustancia por la nariz.

Paniqueado: Es una deformación de la palabra pánico, que es un miedo intenso. En el contexto del consumo de crack es la sensación que sienten los usuarios como parte de los efectos inmediatos provocados por esta sustancia.

Picadero, yongo o ñongo: Diferentes maneras de nombrar el sitio de consumo de heroína y otras drogas, que regularmente son casas abandonadas, vecindades, cuartos (cuarterías) y terrenos baldíos. En Ciudad Juárez y SLRC también se les conocen como tapias.

Placa: Forma en que los usuarios llaman a la policía, haciendo referencia a la portación de placas que identifica a los policías.

Prendido: Es la manera que utilizan los usuarios para describir su dependencia a la heroína.

Quebrar: Dejar de consumir heroína.



Rash o rush (rashazo): Las maneras de llamar el efecto placentero de la heroína u otras drogas.

Raya: Una raya es el equivalente a una unidad de heroína de una jeringa de insulina.

Speedball, speed, speedy, speedbulazo: Las diferentes maneras de nombrar la mezcla que se hace de de cocaína con heroína.

Talachas: Pequeños trabajos de reparación, electricidad, plomería, carpintería, albañilería, etc.

Talón, talonear: Cualquier actividad laboral de los usuarios, enfocada en obtener una remuneración económica. Los usuarios también emplean la palabra cuando piden dinero a la gente en la calle o bien en el contexto del trabajo sexual.

Tapia: Espacio de construcción abandonada o terreno baldío en el que se consume heroína. De alguna manera hace referencia a uno de los orígenes de la palabra que significa pared, muro o barda que sirve para rodear un terreno.

Tecato: Nombre coloquial con el que se conoce al consumidor de heroína, usado regularmente de manera peyorativa.

Tijuas: Es una de las maneras de llamarle a la ciudad de Tijuana y también es común que el término se utilice para llamar de manera peyorativa a las personas que son de Tijuana.

Tirador o doctor: Usuario de heroína que por su pericia y experiencia asiste a otros usuarios para inyectarlos y recibe un pago por ello, ya sea dinero o dosis de la misma sustancia. También les auxilia en caso de una sobredosis.

Tirar o me la tiro: Acción de inyectarse heroína u otras drogas, haciendo referencia a la sustancia contenida en la jeringa conocida como carga.

Tostón: La manera coloquial de decir cincuenta pesos.

Traques: Marcas en la piel de las agujas por las inyecciones de heroína.

Un cien: Se refiere a la manera coloquial de decir cien pesos.

Wawi: Se refiere de manera coloquial al sexo oral.



Referencias



REFERENCIAS

- Altice, F. L., Azbel, L., Stone, J., Brooks-Pollock, E., Smyrnov, P., Dvoriak, S., ... & Stöver, H. (2016). The perfect storm: incarceration and the high-risk environment perpetuating transmission of HIV, hepatitis C virus, and tuberculosis in Eastern Europe and Central Asia. *The Lancet*, 388(10050), 1228-1248. DOI:10.1016/S0140-6736(16)30856-X.
- Amato L., Minozzi S., Davoli M., Vecchi S., Ferri M. & Mayet S. (2008). Psychosocial and pharmacological treatments versus pharmacological treatments for opioid detoxification. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 4(CD005031). DOI:10.1002/14651858.CD005031.pub3.
- Amlani, A., McKee, G., Khamis, N., Raghukumar, G., Tsang, E., & Buxton, J. A. (2015). Why the FUSS (Fentanyl Urine Screen Study)? A cross-sectional survey to characterize an emerging threat to people who use drugs in British Columbia, Canada. *Harm Reduction Journal*, 12(1), 54. DOI:10.1186/s12954-015-0088-4.
- Beletsky, L., Baker, P., Arredondo, J., Emuka, A., Goodman, D., Medina-Mora M.E., ... & Magis, C. (2018). The global health and equity imperative for safe consumption facilities. *The Lancet Public Health*, 3(9), e429-e437. DOI: 10.1016/S2468-2667(18)30097-5.
- Borquez, A., Beletsky, L., Nosyk, B., Strathdee, S. A., Madrazo, A., Abramovitz, D., & Krebs, E. (2018). The effect of public health-oriented drug law reform on HIV incidence in people who inject drugs in Tijuana, Mexico: an epidemic modelling study. *The Lancet Public Health*, 3(9), e429-e437. DOI:10.1016/S2468-2667(18)30097-5.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., O'connor, P. G., Eagan, D. A., Frankforter, T. L., & Rounsaville, B. J. (2001). Targeting behavioral therapies to enhance naltrexone treatment of opioid dependence: efficacy of contingency management and significant other involvement. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 755-761. PMID: 11483141.
- Centros de Integración Juvenil, Dirección de Investigación y Enseñanza, Subdirección de Investigación, Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas (2018). Droga de mayor impacto reportada por usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil del 1er semestre de 2008 al 1er semestre de 2018. México. Recuperado de <http://www.test.cij.gob.mx/ExtCIJ/programas/Investigacion/pdf/18-06g.pdf>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el Sida [CENSIDA]. (2018). Boletín de la detección del VIH en México. 1(1). Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/394222/2018_1_Detecci_n_v1.5.pdf



- Consejo Nacional de Población [CONAPO]. (2015). *Proyección de la población de los municipios a mitad de año por sexo y grupos de edad, 2010-2030*, México.
- Des Jarlais, D. C. (2017). Harm reduction in the USA: the research perspective and an archive to David Purchase. *Harm Reduction Journal*, 14(1), 2-7. DOI:10.1186/s12954-017-0178-6.
- Diario Oficial de la Federación. (2009). Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales. *Asamblea Legislativa de la Ciudad de México*. México. Recuperado de <http://www.poderjudicialmichoacan.gob.mx/web/reformas/tallerNarcomenudeo/leyGeneralSalud-DelitosContraSalud.pdf>
- Faulkner-Gurstein, R. (2017). The social logic of naloxone: Peer administration, harm reduction, and the transformation of social policy. *Social Science & Medicine*, 180, 20-27. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.03.013.
- Gutiérrez, A. (2018). *Droga de mayor impacto reportada por usuarios de drogas ilícitas solicitantes de tratamiento en Centros de Integración Juvenil del primer semestre 2008-segundo semestre 2017. Informe de investigación 18-01g*. Centros de Integración Juvenil. Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Recuperado de <http://www.test.cij.gob.mx/ExtCIJ/programas/Investigacion/pdf/18-01g.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI]. (2015). *Encuesta Intercensal 2015*, México. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/intercensal/2015/>
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes [JIFE] (2017). *Informe 2017*. Naciones Unidas, Viena. Recuperado de https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2017/Annual_Report/S_2017_AR_ebook.pdf
- Kvale, S. (1996). *Interviews: an introduction to qualitative research interviewing*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Madah-Amiri, D., Clausen, T., & Lobmaier, P. (2017). Rapid widespread distribution of intranasal naloxone for overdose prevention. *Drug and alcohol dependence*, 173, 17-23. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2016.12.013.
- McDonald, R., Campbell, N. D., & Strang, J. (2017). Twenty years of take-home naloxone for the prevention of overdose deaths from heroin and other opioids—Conception and maturation. *Drug and alcohol dependence*, 178, 176-187. DOI:10.1016/j.drugalcdep.2017.05.001.



- Meacham, M. C., Strathdee, S. A., Rangel, G., Armenta, R. F., Gaines, T. L., & Garfein, R. S. (2016). Prevalence and correlates of heroin–methamphetamine co-injection among persons who inject drugs in San Diego, California, and Tijuana, Baja California, Mexico. *Journal of studies on alcohol and drugs*, 77(5), 774–781. DOI:10.15288/jsad.2016.77.774.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD]. (2018). *World Drug Report 2018 (United Nations publication, Sales No. E.18.XI.9)*.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD]. (2017). *Informe Mundial sobre las Drogas 2017*. Publicación de las Naciones Unidas, núm. de venta S.17.XI.6.
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [ONUDD]. (2017a). *People Who Injected Drugs*. Recuperado de <https://data.unodc.org/#state:0>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10a ed.). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). *Global health sector strategy on viral hepatitis 2016–2021. Towards ending viral hepatitis*. Geneva, Switzerland. Recuperado de: <http://www.who.int/hepatitis/strategy2016-2021/ghss-hep/en/>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Ospina, A. (2018). Pistas para comprender el auge del VIH y drogas inyectables en Hermosillo, Sonora. Aportes de la metodología mixta a la investigación demográfica. *Coyuntura Demográfica*. 13, 32-41. Recuperado de <http://www.somede.org/coyuntura-demografica/pdf/numero13/ospina-angelica.pdf>
- Peele, S. (2016). People control their addictions: No matter how much the “chronic” brain disease model of addiction indicates otherwise, we know that people can quit addictions—with special reference to harm reduction and mindfulness. *Addictive Behaviors Reports*, 4, 97–101. DOI:10.1016/j.abrep.2016.05.003.
- Plan Estratégico de Juárez, A.C., (2017). *Informe Así Estamos Juárez 2017*. Ciudad Juárez, México: Plan Estratégico de Juárez, A.C. Recuperado de <http://planjuarez.org/index.php/archivomedia/documentos/item/informe-asi-estamos-juarez-2017>.
- Rhodes, T., Fitch, C., Stimson, G.V. & Kumar, M.S. (2000). Rapid assessment in the drugs field. *International Journal Drug Policy*. 11(1), 1-11. DOI:10.1016/S0955-3959(99)00066-3.



- Rojas, E., Fleiz, C., Villatoro, J., Gutiérrez, M. de L. & Medina-Mora, M. E. (2009). Tendencias del consumo de drogas de 1998 a 2005 en tres ciudades de la zona norte de México: Ciudad Juárez, Monterrey y Tijuana. *Salud Mental*, 32(1), 13–19. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000100003.
- Rudd, R. A., Aleshire, N., Zibbell, J. E. & Gladden, R. (2016). Increases in Drug and Opioid Overdose Deaths - United States, 2000-2014. *American Journal of Transplantation*, 16, 1323–1327. DOI:10.1111/ajt.13776.
- Secretaría de Salud [SS]. (2006). *Variables del cubo de egresos hospitalarios*. Recuperado de http://sinba08.salud.gob.mx/cubos/Metadatos/Dat-ehosp-Descripcion_de_variables.html
- Secretaría de Salud [SS]. (2017). *Cubos Dinámico-Egresos Hospitalarios*. Recuperado de http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/bdc_egresoshosp_gobmx.html
- Secretaría de Salud, Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud & Dirección General de Epidemiología. (2016). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) Informe 2016*. Ciudad de México. Recuperado de http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf
- Sherman, S.G., Park, J.N., Glick, J., McKenzie, M., Morales, K., Christensen, T. & Green, T.C. (2018) FORECAST Study Summary Report. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Recuperado de https://americanhealth.jhu.edu/sites/default/files/inline-files/Fentanyl_Executive_Summary_032018.pdf
- Siri, P. & Inchaurreaga, S. (2000). 'First steps': Using rapid assessment and response methods to develop intervention and research capacity in Rosario City, Argentina. *International Journal Drug Policy*. Argentina. DOI:10.1016/S0955-3959(99)00060-2.
- Strathdee, S. A., Fraga, W. D., Case, P., Firestone, M., Brouwer, K. C., Perez, S. G., ... & Fraga, M. A. (2005). “Vivo para consumirla y la consumo para vivir”[“I live to inject and inject to live”]: High-Risk Injection Behaviors in Tijuana, Mexico. *Journal of Urban Health*, 82(4), iv58-iv73. DOI:10.1093/jurban/jti108.
- Tupper, K. W., McCrae, K., Garber, I., Lysyshyn, M., & Wood, E. (2018). Initial results of a drug checking pilot program to detect fentanyl adulteration in a Canadian setting. *Drug and alcohol dependence*, 190, 242-245.
- Veilleux, J. C., Colvin, P. J., Anderson, J., York, C., & Heinz, A. J. (2010). A review of opioid dependence treatment: pharmacological and psychosocial interventions to treat opioid addiction. *Clinical psychology review*, 30(2), 155-166. DOI:10.1016/j.cpr.2009.10.006.



- Villatoro, J. A., Resendiz, E., Mujica, R., Bretón, M., Cañas, V., Soto, I. S., ... & Mendoza, L. (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017: Reporte de Drogas*. Ciudad de México, México: INPRFM.
- Wheeler, E., Jones, T. S., Gilbert, M. K., & Davidson, P. J. (2015). Opioid overdose prevention programs providing naloxone to laypersons-United States, 2014. *MMWR. Morbidity and mortality weekly report*, 64(23), 631-635. PMID: 26086633.
- Wilkerson, R. G., Kim, H. K., Windsor, T. A. & Mareiniss, D. P. (2016). The Opioid Epidemic in the United States. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 34(2). e1-e23. DOI:10.1016/j.emc.2015.11.002.
- Yaghubi, M., Zargar, F., & Akbari, H. (2017). Comparing Effectiveness of Mindfulness-Based Relapse Prevention with Treatment as Usual on Impulsivity and Relapse for Methadone-Treated Patients: A Randomized Clinical Trial. *Addiction & Health*, 9(3), 156. PMID: 29657696.

Cuqueando la Chiva: contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México. Se terminó de imprimir en febrero del 2019 en Editores Buena Onda S.A. de C.V. Suiza 14, Col. Portales Oriente C.P. 03570, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, con un tiraje de 500 ejemplares.

