



Ra Ximhai

ISSN: 1665-0441

raximhai@uaim.edu.mx

Universidad Autónoma Indígena de

México

México

Tizoc-Marquez, Arodi; Rivera-Fierro, Karina; Rieke-Campoy, Ulises; Cruz-Palomares,
Manuel

REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO ESTRATEGIA PARA EL USO Y ABUSO DE
SUSTANCIAS EN MÉXICO: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

Ra Ximhai, vol. 13, núm. 2, julio-diciembre, 2017, pp. 39-51

Universidad Autónoma Indígena de México

El Fuerte, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=46154510003>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



REDUCCIÓN DE DAÑOS COMO ESTRATEGIA PARA EL USO Y ABUSO DE SUSTANCIAS EN MÉXICO: DESAFÍOS Y OPORTUNIDADES

REDUCTION OF DAMAGE AS A STRATEGY FOR THE USE AND ABUSE OF SUBSTANCES IN MEXICO: CHALLENGES AND OPPORTUNITIES

Arodi Tizoc-Marquez¹; Karina Rivera-Fierro²; Ulises Rieke-Campoy² y Manuel Cruz-Palomares²

¹Maestro en Ciencias de Enfermería, Profesor de la Universidad Autónoma de Baja California. ²Maestro(a) en Ciencias de la Salud, Profesor(a) de la Universidad Autónoma de Baja California.

RESUMEN

La reducción de daños se sugiere como un cambio de paradigma en atender al uso problemático de drogas, la meta del modelo es disminuir las consecuencias de la dependencia. La Organización Mundial de la Salud, hace hincapié en los servicios de reducción de daños como los programas de jeringas y terapia de sustitución de opioides y protección de los derechos humanos. El personal de enfermería, al ser frecuentemente el primer contacto con el cliente sano y/o enfermo, además de fungir como eje importante en el trabajo multidisciplinario, dentro de las intervenciones es factible que participen en estrategias de comunicación entre pares, provisión de servicios que mejoren la seguridad de los consumidores, apoyo en el tratamiento médico de sustitución para la dependencia de opiáceos y grupos de ayuda. En México, permean la falta de capacitación de recurso humano, poco recurso económico para programas de prevención y tratamiento de las adicciones, nulo desarrollo de programas gubernamentales bajo el modelo de reducción del daño, persistencia de estigma y discriminación en torno al uso y abuso de sustancias, lo anterior, ofrece un campo de capacitación, actualización e intervención para la profesión desarrollando actividades de detección temprana, promoción y educación para la salud.

Palabras clave: Reducción de daños, uso y abuso de sustancias, desafíos, oportunidades.

SUMMARY

Harm reduction is suggested as a paradigm shift in addressing problematic drug use, the goal of the model is to lessen the consequences of dependence. The World Health Organization emphasizes harm reduction services such as syringe programs and opioid substitution therapy and human rights protection. Nurses, as they are frequently the first contact with the healthy and / or sick client, besides acting as an important axis in the multidisciplinary work, within the interventions it is possible to participate in strategies of communication between pairs, provision of services that improve consumer safety, support in substitution medical treatment for opiate dependency and support groups. In Mexico, there is a lack of training in human resources, a lack of economic resources for programs to prevent and treat addictions, the lack of development of government programs under the harm reduction model, the persistence of stigma and discrimination in the use and abuse of substances, the above, offers a field of training, updating and intervention for the profession developing activities of early detection, promotion and education for health.

Key words: Harm reduction, substance use and abuse, challenges, opportunities.

INTRODUCCIÓN

El propósito de este capítulo es documentar las bases del modelo de reducción de daños y el impacto en el panorama epidemiológico actual en el uso y abuso de sustancias. En un primer plano se define a la adicción como una enfermedad crónica del cerebro caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas a pesar de las consecuencias nocivas. Se considera una enfermedad cerebral de origen neurológico, ya que las sustancias modifican la estructura y funcionamiento cerebral, estos cambios pueden ser

permanentes y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2014).

La prevalencia del consumo de sustancias con base a los datos reportados por la Secretaría de Salud en México, en población entre 12 a 65 años, en su última Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] 2011, reporta una tendencia al crecimiento entre 2002 y 2008, detenido en los siguientes tres años de 2008 a 2011. La marihuana sigue siendo la droga ilícita de mayor consumo y representa el 80% del consumo total de drogas; la cocaína sigue apareciendo en segundo lugar con un usuario de cocaína por cada 2.4 usuarios de marihuana.

La percepción de riesgo del consumo de drogas legales entre la población en México, se mantiene constante en relación al tabaco y ha disminuido en el alcohol, lo cual es congruente con las tendencias en el consumo de dichas sustancias, cabe resaltar que la tolerancia social se ha mantenido alta en ambas sustancias; es decir, su consumo sigue siendo socialmente aceptado (Villatoro *et al.*, 2011).

La Oficina de las Naciones Unidas Contra las Adicciones [UNODC] 2016, señala que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014, de ellos más del 11% padecen trastornos relacionados con las drogas y tan sólo 1 de cada 6 enfermos recibe tratamiento; aunque considerable, dicha cifra equivale aproximadamente a la suma de la población de Alemania, Francia, Italia y el Reino Unido. En los últimos tres años se ha observado una tendencia general a la estabilización del consumo de cannabis, sin embargo, en algunas subregiones, especialmente de América del Norte y Europa occidental y central, ese consumo ha aumentado, el panorama mundial del consumo de drogas resulta más difuso porque muchas personas que consumen drogas, sea de manera ocasional o habitual, tienden a ser policonsumidoras que utilizan más de una sustancia simultánea o sucesivamente.

En Estados Unidos, se ha reportado que desde el 2011, unos 22.5 millones de personas de 12 años de edad o mayores, usaron alguna droga ilícita o abusaron de medicamentos psicoterapéuticos (como analgésicos, estimulantes o tranquilizantes), que equivale al 8.7% de la población, mientras que en el 2002 fue de 8.3%, el incremento refleja principalmente un aumento reciente en el consumo de la marihuana, la droga ilícita que se consume con más frecuencia (NIDA, 2013).

El uso y abuso de drogas ha estado íntimamente vinculado con un mayor riesgo de contraer y transmitir el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida [VIH/Sida], por lo que en Estados Unidos de América a partir de la crisis epidemiológica del VIH/Sida suscitada en los años ochenta, tiene auge el Modelo de Reducción de Daños y se implementó primordialmente para afrontar la severa situación de mortalidad, dada la vulnerabilidad de las personas que se inyectaban sustancias psicoactivas de manera compulsiva. Dicho modelo introdujo un enfoque que implementó varias estrategias pragmáticas sanitarias para reducir la diseminación del virus asociadas al consumo de sustancias, donde el usuario podría prevenir otros riesgos confluentes y potenciales como el virus de hepatitis C [VHC], sobredosis de drogas, abscesos e infecciones micóticas, añadiendo otras consideraciones no biomédicas, por ejemplo, la relación del consumidor con el entorno social y familiar (NIDA, 2012).

La reducción de daños anuncia un cambio de paradigma en la manera de entender y responder al uso problemático de drogas legales e ilegales, rechaza la presunción de que la abstinencia es el mejor o el único objetivo aceptable para todos los consumidores problemáticos. De este modo, el modelo acepta pequeños avances en la dirección de reducir el daño, con el fin de facilitar la máxima reducción para una

persona en un determinado punto en el tiempo; inherente a este cambio en el foco del tratamiento, está una redefinición radical de la relación entre el cliente y el clínico, un distanciamiento del modelo paternalista asociado a un tratamiento más tradicional en el uso de sustancias (Tatarsky, 2002).

Fundamentos del Modelo de Reducción de Daños

Siendo una problemática global, se han establecido varias definiciones de reducción de daños. De acuerdo con la Coalición Internacional de reducción de daños (Harm reduction Coalition, [HCR], 2001), conceptualiza a la reducción de daños como: *...un conjunto de estrategias prácticas e ideas dirigidas a reducir las consecuencias negativas asociadas con el consumo de drogas [agrega que] es también un movimiento por la justicia social basado en la creencia en, y el respeto por, los derechos de las personas que usan drogas.*

Por su parte en el caso de México, dentro de la Norma Oficial Mexicana-028-SSA2, (2009) para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, acota que: *reducción del daño, es el conjunto de acciones dirigidas a evitar o reducir situaciones de riesgo y limitar los daños asociados al consumo de sustancias psicoactivas, por lo que se articula necesariamente con la prevención y el tratamiento. No pretende necesariamente la abstinencia. Para el caso de VIH/Sida, es la estrategia con la que se considera que a través de información a los usuarios sobre el VIH/Sida, instrucción sobre limpieza adecuada de jeringas, del uso de agujas y jeringas estériles, dotación de condones, cloro, gasa y otros, además de asesoría médica, realización de prueba de detección del VIH, trabajo comunitario de acercamiento a las y los usuarios de drogas inyectadas, formación de grupos interdisciplinarios y consejería sobre uso de drogas, es la manera más segura y efectiva de limitar la transmisión de VIH por los consumidores de drogas inyectadas.*

En este mismo ámbito nacional, y desde el actuar de sociedad civil organizada, la Fundación Mexicana para la Salud, A.C. [FUNSALUD] con el apoyo y experiencia del Programa Compañeros, A.C, pioneros en la aplicación de la reducción de daños en Chihuahua México, elaboraron la Guía del Modelo de Mitigación de Daños, que conceptualiza: *Mitigación del daño son las acciones dirigidas a desarrollar cambios de comportamientos para reducir y/o eliminar riesgos ante VIH, VHC, sobredosis y otros problemas de salud ocasionados por el uso de drogas inyectables; incluyendo el abordaje de situaciones psicosociales que influyen positiva o negativamente en las condiciones de vida de las personas que se inyectan drogas* (Ramos, 2013).

Velázquez, Friman y González, (2016) muestran las premisas que dan sustento al modelo de reducción de daños que recopilan de otros autores algunos fundamentos acerca del paradigma:

- a. Se respeta el derecho del individuo a decidir consumir drogas. Ante esto, las funciones de los profesionales y autoridades sanitarias serán facilitar condiciones que reduzcan las consecuencias negativas: físicas, psicológicas y sociales de los usuarios de drogas.
- b. El consumo de drogas en las poblaciones es inevitable. La proliferación de sustancias en el mundo no ha sido erradicada, incluso se ha aceptado en análisis histórico y sociocultural, que las drogas han sido utilizadas ancestralmente.
- c. El consumo de drogas en sí mismo no es lo más importante, si no el daño producido.
- d. En términos estratégicos, resulta más factible y menos costoso incidir terapéuticamente sobre los daños y consecuencias, que en otorgar tratamiento para la modificación del comportamiento adictivo.

- e. En la aplicación del modelo, no se condiciona ni niega la atención y servicios a los usuarios activos y dependientes: la meta primordial no es la abstinencia ni la desintoxicación, sino la disminución de las inherentes consecuencias de dicha dependencia.

Por causas principalmente culturales y por la prohibición de las drogas, el modelo de reducción de daños es causa de controversia en varios sectores de la sociedad, sobre todo en el abordaje que el modelo realiza como respuesta al fenómeno de las adicciones. Además, entre las críticas emitidas se dice que el modelo no tiene estándares de medición de resultados (Velázquez *et al.*, 2016).

Los teóricos de la adicción inclinados hacia la reducción de daños entienden que las epidemias de adicción a sustancias no son únicamente debidas a la decisión personal de los sujetos a ser adictos, si no a procesos modernizadores que han generado grandes cambios en ciertos sectores de la sociedad, por ende los grandes efectos de estos cambios sociales [como lo es la adicción] no pueden resolverse a partir de paradigmas económicos, políticos o sanitarios conocidos, son necesarias nuevas soluciones para nuevos problemas. De acuerdo con el filósofo Zygmunt Bauman, el cual reflexiona en torno a la modernidad, distingue el imperante de la incertidumbre en todos los estratos sociales y experiencias humanas que se exacerbaban en los sujetos que se encuentran al límite de la salud y la enfermedad (Antelo & Diz, 2015).

Gracias a investigaciones grupales que exploran el sentido que los usuarios otorgan a las drogas, logran develar importantes niveles de autocuidado en grupos de consumidores, *reconocen en los sujetos capacidad de agencia que busca incidir favorablemente en el mundo que les toca vivir*. Los consumidores de sustancias problemáticas son una colectividad heterogénea que encarnan grandes diferencias: desde el control de la dosis, severidad y objetivos hacia el consumo, capacidad de abstinencia, aspectos motivacionales, percepción de susceptibilidad, estado emocional, personalidad, además otros determinantes sociales como los factores socioeconómicos y culturales (Tatarsky, 2002).

Los principios de la reducción de daños complejizan la situación de los usuarios de drogas, considerando el abordaje tradicional de las ciencias de la salud, primordialmente los conceptos de riesgo y de daño en torno al fenómeno adictivo, que se han entendido mediante las teorías de desviación de la norma que invariablemente conciben al individuo que consume sustancias desde las patologías mentales, criminales, incluso otros paradigmas morales y religiosos (Antelo & Diz, 2015).

Lo que resulta problemático de las nociones tradicionales generalmente científicas, es que cuando se transforman en leyes, políticas públicas y sociales, determinan los estilos de vida y las decisiones personales como únicas fuentes de riesgos. Esto omite aspectos condicionantes socio-históricos relacionados con el riesgo en el consumo de sustancias, aunque no se niegan aspectos psicopatológicos en los afectos y conductas de los consumidores, se advierte un reduccionismo en la concepción de riesgo (Antelo & Diz, 2015).

La coyuntura entre cuidado de la salud y consumo de drogas exige reflexividad y replanteamiento en torno a los principios disciplinarios que se traducen en concepciones hegemónicas sobre la salud, que no necesariamente representan la realidad experiencial de los usuarios de drogas, por el contrario, los atrapa en nichos donde la ciencia sanitaria les ofrece pocas alternativas efectivas. La experiencia documentada del uso y consumo de drogas, ha demostrado su carácter multifactorial: en la centralidad del fenómeno no se encuentra únicamente la sustancia y sus propiedades dañinas, más allá se advierte la confluencia de factores que en su interacción propician situaciones problemáticas en la salud y la mortalidad de las personas (Antelo & Diz, 2015).

En la perspectiva de reducción de daños, la percepción y análisis de los riesgos son ejes esenciales que abordan la experiencia del consumo desde las teorías de la acción racional que consideran al menos cuatro componentes: la decisión, la inevitabilidad del riesgo, la contingencia contenida en la decisión (ya que toda elección implica un riesgo y por ende una pérdida), orden ético: la asunción de la responsiva innata a la decisión, que conlleva a las consecuencias asociadas. Otro concepto fundamental de la reducción de daños es precisamente el término de daño, que desde las ciencias de la salud el consumo de drogas se concibe como una actividad que de modo invariable resultará en un auto-daño, asumido como una enfermedad, lo que resulta problemático ya que no visualiza otras posibles relaciones terapéuticas con las drogas, tal divorcio de conceptos genera un mal pronóstico para el consumidor en tanto no abandone el consumo de drogas (Antelo & Diz, 2015).

Se reconocen dos situaciones del consumo de sustancia asociadas al riesgo: por un lado sujetos que deciden consumir drogas asumiendo los riesgos de manera informada, con conocimientos previos y con variables niveles de conciencia y susceptibilidad; por otro lado, una experiencia impredecible para el consumidor que se pone en peligro debido a que su decisión lo rebasa, al no tener conocimientos ni control del momento, en cuya situación el daño para el consumidor proviene de un entorno que no puede controlar. Por esta causa la reducción de daños replantea la relación entre la droga y el consumidor, haciendo posible intervenir mitigando los daños biológicos, psicológicos o sociales del consumo de sustancias y los riesgos confluentes inherentes a la exposición, aunque el usuario de drogas se mantenga activo (Antelo & Diz, 2015).

La reducción de daños no se opone a la abstinencia de sustancias, es de hecho una de las metas potenciales al finalizar la atención. A diferencia de los métodos comunes, la abstinencia no es una condición requerida ni obligada, lo que da la posibilidad de atender a cualquier tipo de consumidor con disposición al cambio, y de manera pragmática ajustar la atención a la naturaleza y necesidades del usuario, y no que éste se adapte a las exigencias y creencias impuestas por el prestador de servicios sanitarios (Tatarsky, 2002).

Los enfoques clínicos convencionales asumen supuestos que determinan los métodos, por ejemplo, el más común aún en nuestros días exige al usuario la abstinencia total y rápida como prerrequisito y meta principal de ingreso al tratamiento. Sin embargo, es típico que el usuario no cumpla con esta exigencia, por lo que los psicoterapeutas determinan que el juicio y la conciencia de los consumidores son tan erráticos que optan por racionalizar, autosabotear o evadir su adicción mediante la negación y la falta de compromiso, lo que significa que las personas deberán ir más al límite para “tocar fondo” y así estar más aptas para trabajar los problemas. Esto obstaculiza que los consumidores alcancen apoyo ante las exigencias de los modelos, lo que provoca la desmoralización y desmotivación de las personas con disposición al cambio en su punto más vulnerable, devaluando y cosificando a los usuarios de drogas (Tatarsky, 2002).

Este autor también considera que la noción de la adicción como enfermedad es ambigua, siendo una condición permanente y latente en el ex-consumidor, dejando clara la separación entre el comportamiento compulsivo y la persona misma, lo que homogeniza y niega la importancia de los significados personales que cada usuario otorga al consumo (Tatarsky, 2002).

Desafíos

En la última Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre el problema mundial de las drogas, llevada a cabo en abril de 2016, se emitió una resolución firmada por todos los

países miembros, incluido México. De la cual se pueden destacar los siguientes aspectos (Naciones Unidas, 2016):

- Garantizar el uso adecuado de drogas para fines médicos y científicos, lo que se atribuye principalmente a la situación actual de cannabis, que aún no es regulado en todos los países.
- Se mantienen como objetivos principales la reducción de la oferta, la demanda y la cooperación internacional, reconociendo la necesidad de un enfoque más amplio e integrador que atienda a las personas, familia y comunidad, incorpore la perspectiva de género y edad en los programas y políticas públicas.
- Las autoridades nacionales deben coordinar al sector salud, educativo y de justicia para abordar esta problemática.
- Permitir que participen en la formulación y aplicación de programas y políticas la sociedad civil, comunidad científica y académicos.
- Abordar las causas y consecuencias del problema de las drogas desde el ámbito social, económico, de salud, derechos humanos, justicia, seguridad pública y aplicación de la ley.
- Acabar con las epidemias del sida, tuberculosis y hepatitis viral entre los consumidores de drogas antes de fines del 2030.
- Se recomienda se incorporen en cárceles o centros de detención la terapia asistida con medicación, programas relacionados con el equipo de inyección y terapia antirretroviral.

La Organización Mundial de la Salud, participó haciendo hincapié en los servicios de reducción de daños como los programas de jeringas y terapia de sustitución de opioides como medidas que han demostrado ser eficaces para reducir la delincuencia. La mayoría de los países se pronunciaron a favor de trabajar en acciones orientadas a la salud y protección de los derechos humanos más que a la penalización de los usuarios. Sin embargo, aún hay países que defendieron su derecho a penalizar e incluso las sentencias de muerte para las personas involucradas en delitos de drogas (International Drug Policy Consortium, 2016).

La reducción de daños fue un tema relevante apoyado por la mayoría de los países miembros, a excepción de Singapur. Las acciones defendidas en este modelo fueron las salas de consumo de drogas y el uso de naloxona (Canadá), terapia asistida con medicación (Estados Unidos), siendo la Unión Europea la que mostró el mayor posicionamiento a favor (International Drug Policy Consortium, 2016).

Uno de los países con mayor evidencia científica en este sentido es Canadá, donde, gracias a los sitios de inyección segura, en los últimos 15 años la prevalencia de personas que comparten jeringas bajo de 40% en 1996 a 2% en 2011 y la cantidad de personas que usan drogas inyectables es menor, a pesar de que en los últimos 10 años la accesibilidad y precios de las drogas no han disminuido. De ahí que, cuando algunas entidades del gobierno federal eliminaron de las estrategias gubernamentales los programas de reducción de daños e intentaron cerrar los sitios de inyección segura, la sociedad civil y la comunidad científica y de salud, lograron que la Suprema Corte fallará a favor de la permanencia de este tipo de programas de atención a usuarios de drogas (Tie & Kerr, 2014).

A pesar de la fuerte evidencia científica, recomendaciones internacionales y los beneficios para la salud (disminución del contagio de VIH, VHC y muertes por sobredosis), aún no existe una relación entre esto y leyes y políticas públicas en la mayoría de los países. Incluso los países que destinan recursos a implementar programas de reducción de daños, persisten con problemas de congruencia; por ejemplo, en algunos portar jeringas se considera evidencia de consumo de droga, en otros la prescripción de metadona o buprenorfina está prohibida. A nivel mundial siguen siendo insuficientes los servicios que se brindan, en promedio se distribuyen dos agujas mensuales por usuario de droga inyectable y solo 8% de las personas

que se inyectan drogas ha tenido acceso a terapia de sustitución por opioides. Aunado a esto, las personas que trabajan en este tipo de programas también son víctimas de discriminación o categorizadas como facilitadores del consumo de drogas (Kazatchkine, 2017 & International Drug Policy Consortium 2016).

Lo anterior se atribuye, principalmente, a la cultura de “guerra contra las drogas” arraigada a raíz de los esfuerzos por disminuir la oferta, sobre todo en América Latina, donde las políticas se han enfocado en la prohibición del consumo y contrarrestar el narcotráfico. Sin embargo, el prohibicionismo no ha disminuido el consumo y los problemas de narcotráfico se han agravado, incrementando los índices de homicidios violentos. De ahí que los actores encargados de aplicar la ley no cuenten con capacitación para lidiar con la problemática y apliquen penas a las personas con adicción que intentan acceder a programas de reducción de daños. Las tendencias actuales se enfocan en trabajar con la población a fin de disminuir la demanda, algunos países Latinoamericanos, como México, han transitado hacia la despenalización en la posesión de pequeñas cantidades de sustancias como la marihuana o cocaína y solo Uruguay ha dejado antecedente de legalización con la marihuana (Bedoya, 2016; Mendiburo-Seguela *et al.*, 2017; Tarantola, 2012).

Otra de los inconvenientes para implementar éste u otros modelos es la falta de personal capacitado, no sólo específicamente en adicciones, sino en cualquier problemática. Es decir, el 76 y 85% de las personas con trastornos mentales graves en países de ingresos bajos, no reciben tratamiento, el gasto anual a nivel mundial en salud mental es menor a dos dólares por persona en países de ingresos altos, hay 21 trabajadores de salud mental por cada 100,000 habitantes en las Américas y el porcentaje de personal de enfermería que recibió alguna capacitación en atención primaria de salud mental en los últimos dos años con duración mínima de dos días es de 2.3% en Centroamérica, México y el Caribe (Organización Mundial de la Salud, 2013., Organización Panamericana de la Salud, 2016).

En México, las drogas lícitas son las que representan el verdadero problema de salud pública, sin embargo, la mayor parte del recurso económico se destina a la reducción de la oferta y no de la demanda y las leyes se enfocan en penalizar el tráfico y la posesión de las sustancias ilícitas, sin profundizar en la atención en salud de los usuarios. Lo que se refleja en la distribución del recurso económico del país, destinando 80 veces más dinero a seguridad que ha programas de salud; a su vez, dentro del sistema de salud se destina menos presupuesto a los programas de prevención en comparación con la atención de segundo y tercer nivel (Fundación Friedrich Ebert Stiftung México, 2013).

Dentro del Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018 se contemplan los siguientes tres retos:

1. Consolidar un sistema de atención integral
2. Mejorar la calidad y ampliar la cobertura de los servicios
3. Reforzar la coordinación interinstitucional e intersectorial

En cada uno de ellos se destacan acciones prioritarias para lograrlo, como son fortalecer la vigilancia epidemiológica a través de la actualización oportuna de la Encuesta Nacional de Adicciones e incluir la Encuesta Nacional de Estudiantes y poblaciones diversas (grupos étnicos y poblaciones vulnerables).

Por otro lado, es necesario contar con personal capacitado en materia de adicciones, así como la infraestructura que permita brindar atención de calidad y ampliar la cobertura. En este mismo rubro se resalta la importancia de crear o implementar modelos de atención especializados para menores infractores, personas en conflicto con la ley, incluyendo la perspectiva de género. En el tercer reto, se debe

actualizar el marco normativo a fin de que se coordinen las instancias legales con las de salud para evaluar y diseñar políticas públicas orientadas a promover y mantener la salud de la población.

El mismo Gobierno reconoce dentro de las debilidades y amenazas para la superación de estos retos la falta de servicios de prevención y tratamiento, la falta de capacitación, limitación de recursos, aumento de la disponibilidad de sustancias, establecimientos existentes que no se apegan a la normativa, entre otras (Secretaría de Salud, Consejo Nacional Contra las Adicciones, 2015).

En esta misma línea se analizan las autoevaluaciones en salud mental y adicciones que ha tenido que realizar México para cumplir con las recomendaciones de la OMS, donde destacan el 2% del gasto total en salud destinado a salud mental y un 63% del personal que labora en hospitales psiquiátricos recibió capacitación en derechos humanos, con duración de un día. También se encontró que solo el 3% del programa de formación en pregrado de enfermería es destinado a temas de salud mental y el 5% de los enfermeros de atención primaria ha recibido actualización en este rubro. En cuanto al recurso humano en salud mental, la tasa por cada 100,000 habitantes es de 1.6 psiquiatras, 3 enfermeros y 1 psicólogo, siendo la presencia de otros profesionales de la salud aún menor. Mientras que en los hospitales psiquiátricos hay por cada cama 0.23 psiquiatras y 0.48 de otros trabajadores de salud (Secretaría de Salud de México, 2011).

En cuanto al área de adicciones, dentro del fortalecimiento institucional, el país no ha realizado estudios sobre las repercusiones sociales y económicas de las drogas en los últimos diez años; en reducción de la demanda no cuenta con programas integrales para lograr reducir el consumo y alcanzar la reinserción social y no monitorea o evalúa los programas de prevención que se han implementado; en cuanto a reducción de la oferta, aún está pendiente desarrollar programas de desarrollo integral y sostenible y gestión ambiental derivada de la producción de drogas; por último, dentro de las medidas de control requiere de una planeación efectiva para la prevención del tráfico ilícito de sustancias y estudios específicos de la producción ilícita del país (Organización de los Estados Americanos, 2014).

Aunado a lo anterior y a diferencia de otros países, México no refiere haber consultado a otras instancias para el diseño del Programa de Acción antes mencionado. Por ejemplo, España reunió a instancias gubernamentales, no gubernamentales y comunidades científicas, adaptándose durante la planeación a la factibilidad de las acciones de acuerdo a recursos económicos y humanos. Obteniendo una coordinación nacional orientada a reducir la demanda y la oferta, mejorar el conocimiento a través de la investigación, la formación del recurso humano y mantener una coordinación internacional; estableciendo acciones y metas, determinando los beneficiarios y los responsables, e incluyendo el seguimiento y evaluación de las acciones (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad de España, 2013).

Otro ejemplo es Costa Rica que incluye, en su Plan Nacional sobre Drogas, una propuesta para implementar el Modelo de Reducción de Drogas en el uso de sustancias psicoactivas, que involucra al sector público, privado, organizaciones no gubernamentales y comunidad, con perspectiva de género y edad y acciones claras dentro de cada contexto social en el cual serán implementadas (Milanese, 2015).

En México, el concepto de reducción del daño figura en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, y se especifica en una línea de acción Plan de Acción Nacional mencionado con anterioridad *Impulsar medidas para reducir los daños y riesgos por el consumo de sustancias psicoactivas dirigidas principalmente a grupos vulnerables*, más no se establecen indicadores para medir el cumplimiento de dicha línea de acción como se realizó con otras. Además, no

existen guías de operación o bien en los programas gubernamentales del Consejo Nacional contra las Adicciones sobre este modelo.

Los desafíos que presenta nuestro país específicamente en reducción del daño, radican principalmente en: falta de capacitación de recurso humano, poco recurso económico para programas de prevención y tratamiento de las adicciones, nulo desarrollo de programas gubernamentales bajo el modelo de reducción del daño, persistencia de estigma y discriminación en torno al uso y abuso de sustancias.

Oportunidades

Al integrar actividades que sirvan como prevención a distintos fenómenos epidemiológicos, la reducción de daños enfatiza los principios de políticas públicas, programas de intervención y distintas actividades del quehacer del personal de salud, asociadas al uso de drogas. En esta lógica podemos hablar de guías que complementan el prevenir y por ende reducir el consumo de drogas, además de generar opciones que permitan minimizar riesgos al usuario consumidor (Oro & Gómez, 2013).

Las personas usuarias de drogas suelen ser más vulnerables a una serie de perjuicios, como se ha señalado anteriormente se han formulado distintos programas con el fin de disminuir los riesgos para la salud derivados del consumo. Ejemplo de ello son el intercambio de jeringas y agujas, prevención de sobredosis, salas de inyección segura, educación para la salud, intervención en sitios de ocurrencia, y otros faltantes por nombrar (Grover, 2011). El personal de enfermería frecuentemente es el primer contacto con el cliente sano y/o enfermo, además de fungir como eje importante en el trabajo multidisciplinario. Por lo que, dentro de las intervenciones de reducción de daños es factible que participen en estrategias orientadas a la comunicación entre pares, provisión de servicios que mejoren la seguridad de las personas consumidoras, apoyo en el tratamiento médico de sustitución para la dependencia de opiáceos y grupos de ayuda (International Drug Policy Consortium [IDPC], 2017).

El quehacer de enfermería en torno al consumo de sustancias adictivas es muy amplio y ha ido en crecimiento, un ejemplo de ello es en el continente europeo, específicamente en Francia, utilizando las bases de reducción de daños desafía las creencias de enfermería proponiendo una agencia de cuidado para tratar el consumo de dichas sustancias, reforzando el cuidado a personas con problemas de adicciones mediante su cultura y balance de la realidad (Gray, 2014).

La mayoría de la evidencia científica relacionada con ese modelo se orienta a demostrar los beneficios de los programas aplicados a usuarios de drogas ilícitas, principalmente los de drogas inyectables. Sin embargo, el modelo puede aplicarse a los usuarios de alcohol y tabaco. Un estudio en personas con alcoholismo en Canadá, encontró que los usuarios perciben como prioridades para la implementación del modelo, mejorar la interacción con personal de salud, promover el acceso a hogares temporales, mejorar el trato por parte de la policía, asegurar prácticas de reducción de daños, mejorar la asistencia social, entre otros. Lo anterior debido a la violencia y discriminación que viven por parte de las instancias antes mencionadas. Incluso describen la atención del personal de salud como de marginalización y falta de confidencialidad sobre todo en alcohólicos en situación de calle (Harm Reduction International, 2016).

En México, las agencias de cuidado para esta población clave no se encuentran dirigidas por enfermeras, en su mayoría sus directrices son por personal empírico que siguen manuales no certificados por un organismo e ideologías religiosas para el tratamiento, a diferencia de lo que puede ofrecer enfermería, un cuidado biopsicosocial más personalizado y basado en conocimiento científico.

En lo que refiere a los programas que se encuentran en funcionamiento en toda la república mexicana con el objetivo de emplear la metodología de reducción de daños se encuentran los Centros Ambulatorios Para la Prevención y Atención en Sida e Infecciones de Transmisión Sexual [CAPASITS], Hospitales del Centro de Integración Juvenil [CIJ], Clínicas de Metadona los cuales brindan servicios de prevención, tratamiento, además de otorgar apoyo psicológico, servicios de enfermería y de trabajo social, tanto a las personas afectadas como a sus familiares.

Con base a lo previamente mostrado, se hace patente la necesidad de la creación de modelos de atención de enfermería que estén acorde a las características y requerimientos de las diferentes poblaciones y riesgos a los cuales se encuentran expuestos los usuarios de drogas lícitas e ilícitas, el personal de enfermería está capacitado para abordar la detección, seguimiento y prevención, mediante servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social (González, Castañón & Mendoza, 2015).

Una de las ventajas de realizar reducción de daños es que su amplitud de trabajo contempla a usuario y no-usuario de drogas, dentro del *contexto/entorno*; las soluciones claves que se pueden ejecutar son; detección temprana de problemas relacionados con el consumo, ayuda a romper el tabú, intercambio de experiencias, en lo *individual (persona)* se pueden ofrecer; libre discusión entre jóvenes y adultos, monitoreo de consumo, promoción de la salud y las prácticas saludables, en los *rasgos sociales*; análisis, control y certificación de productos farmacológicos, reconocimiento social del consumo y supervisión de enfermería especializada (Beauchsne *et al.*, 2016).

En este sentido se pretende señalar lo primordial que resulta la labor de enfermería como investigador de cultura como respuesta ante el consumo de sustancias adictivas, utilizando la reducción de daños como herramienta en todas las etapas de la vida del ser humano, por ello son necesarias las investigaciones para la prevención de las drogodependencias, que incluyan la tarea de orientación y ayuda en el proceso de formación de la personalidad, principalmente en la conducta y paradigmas de actuación (Rodríguez & Cruz Rodríguez, 2015).

Potencias mundiales se dieron a la tarea desde hace décadas de investigar la terapéutica de la reducción de daños como herramienta para el tratamiento de distintas drogas y actividades que el día de hoy se aplican con un resultado positivo, pero se harán esperar las nuevas líneas de investigación debido a los cambios orgánicos de los pacientes: cambios en las conductas tanto adictivas como de riesgo, biodisponibilidad, cambios en la farmacocinética de los productos genéricos, y sobre todo la combinación con los nuevos productos farmacológicos, causando cambios en el abordaje de estas dependencias (Markez & Póo, 2000).

Existe aún mucho trabajo por hacer, como prioridad se visualiza capacitar y sensibilizar al personal de salud, dar a conocer las ventajas y desventajas de la reducción de daños y con ello ampliar el respaldo a usuarios y no usuarios de drogas (Rojas, García & Medina, 2011).

Como idea final se pueden establecer significativos avances en el modelo de reducción de daños, uno de ellos ha sido la posibilidad de replantear los principios tradicionales de los consumidores de drogas para modificar la manera de atender y brindar los servicios sanitarios desde una visión flexible, realista, integradora y respetuosa. Como tareas pendientes son las de generar más mecanismos de medición de resultados y sensibilizar a los prestadores de servicios sanitarios sobre las experiencias límite de los usuarios y evitar esquemas moralistas que ejercen un tratamiento más punitivo que sanitario, y que

refuerza estereotipos de “junkies” errantes, perezosos y criminales. El cambio de enfoque podrá permitir la generación de mayor conocimiento y métodos que exploren y aporten desde una visión adaptada a la problemática de cada persona.

LITERATURA CITADA

- Antelo, Victoria, I. M., & Diz, Ana. M. M. (2015). Prácticas y sentidos de los riesgos: el autocuidado en los consumidores de drogas. Argumentos. *Revista de Crítica Social*, (17).
- Bedoya, M. A. (2016). La lucha contra las drogas: fracaso de una guerra, comienzo de una nueva política. *Drugs and Addictive Behavior*, 1(2), 237-254.
- Beauchesne, L., Del Valle, J., Krawitz, M., Marks, A., Franquero, Ó. P., Rainsford, R., & Avilés, C. S. (2016). Contribuciones & revisión.
- Coalición Internacional de reducción de daños (2001). Harm reduction communication. Spring. Recuperado de <http://harmreduction.org/wp-content/uploads/2011/12/Communication11.pdf>
- Grover, A. (2011). Derechos Humanos y Política de Drogas, Reducción de daños. Harm Reduction International, 1, Reporte informativo 1.
- EL VIH/SIDA y el abuso de drogas: dos epidemias entrelazadas. NIDA. Junio 2012. National Institute on Drug Abuse. 3 Sept, 2012: Web site <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_hiv_spanish_060412.pdf>.
- González, B. G., Castañón, M. A. H., & Mendoza, A. Z. (2014). Competencias profesionales para la atención de las adicciones, en los programas de licenciatura en enfermería de la universidad autónoma de Querétaro, México. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo: RIDE*, 6(11), 2-2.
- Harm Reduction International. (2016). The Global State of Harm Reduction 2016. Recuperado de: https://www.hri.global/files/2016/11/14/GSHR2016_14nov.pdf
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública [INSP]; Secretaría de Salud [SSA]. Encuesta Nacional de Adicciones [ENA] 2011: Reporte de Alcohol. Reynales, *et al.*, México DF, México: INPRFM, 2011. Disponible en: www.inprf.gob.mx, www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx.
- International Drug Policy Consortium. (2016). La Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas [UNGASS] sobre el problema mundial de las drogas: Informe del evento. Recuperado de: https://dl.dropboxusercontent.com/u/566349360/library/UNGASS-proceedings-document_SPANISH.pdf
- Kazatchkine, M. (2017). Reasons for drug policy reform: people who use drugs are denied evidence based treatment. *The BMJ*; 356:i6613 doi:10.1136/bmj.i6613. Retrieved from <http://www.bmj.com/content/356/bmj.i6613>.
- Markez, I., & Póo, M. (2000). *Drogodependencias: Reducción de daños y riesgos*. Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia, Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.
- Milanese, E. (2015). Modelo de Reducción de Daños del consumo de sustancias psicoactivas. Recuperado de: <http://reciprocamente.eurosocial-ii.eu/rec-wp/wp-content/uploads/2015/02/Modelo-de-Reduccion-de-Daños-09-02-15.pdf>
- Mendiburo-Seguela, A., Vargas, S., Oyanedel, J.C., Torres, F., Vergara, E., & Hough, M. (2017). Attitudes towards drug policies in Latin America: Results from a Latin-American Survey. *International Journal of Drug Policy*; 41: 8–13. Retrieved from [http://www.ijdp.org/article/S0955-3959\(16\)30305-X/abstract](http://www.ijdp.org/article/S0955-3959(16)30305-X/abstract)

- Naciones Unidas. (2016). Asamblea General abril 2016: Compromiso conjunto para abordar y contrarrestar eficazmente el problema mundial de las drogas. Recuperado de: NOM, S. N. O. M. 028-SSA2-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.
- Oró, D. P. M., & Gómez, J. P. (2013). Riesgos, daños y placeres. In *De riesgos y placeres: Manual para entender las drogas* (p. 23). Editorial Milenio.
- Ramos, R. M. E. (2013). Guía del Modelo de Mitigación de Daños. ISSUU, primera edición, p. 5-68.
- Red mundial para la promoción de un debate abierto y objetivo sobre las políticas de drogas. (2017). Reducción de daños. 25/02/2017, de International Drug Policy Consortium Sitio web: <http://idpc.net/es/incidencia-politica/incidencia-politica-internacional/coherencia-sistema/reduccion-danos>.
- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S., & Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud mental*, 34(4), 351-365.
- Rodríguez, M. D. C., & Cruz Rodríguez, J. (2015). La necesaria relación intersectorial educación-salud en la lucha contra las drogodependencias. *Edumecentro*, 7(4), 229-234.
- Secretaría de Salud. (2011). Informe de la evaluación del sistema de salud mental en México utilizando el instrumento de evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS). Recuperado de: http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf
- Tatarsky, A. (2002). Psicoterapia de Reducción de Daños. En *Psicoterapia de Reducción de Daños Un Nuevo Tratamiento para Problemas de Drogas y Alcohol* (29-36). Estados Unidos por Jason Aronson, Inc., Lanham, Maryland USA: Jason Aronson Inc.
- Tarantola, D. (2012). Public health, public policy, politics and policing. *Harm Reduction Journal* 9:22. doi:10.1186/1477-7517-9-22. Retrieved from <http://www.harmreductionjournal.com/content/9/1/22>
- Tendencias Nacionales. NIDA. Junio 2013. National Institute on Drug Abuse. 3 Sept, 2013: Web site <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/drugfacts_nationwidetrends_sp_06-25-13_final_0.pdf>.
- Ti, L & Kerr, T. (2014). The impact of harm reduction on HIV and illicit drug use. *Harm Reduction Journal* 11:7. doi:10.1186/1477-7517-11-7. Retrieved from <http://www.harmreductionjournal.com/content/11/1/7>
- Villatoro, J., Gaytán, F., Moreno, M., Gutiérrez, ML., Oliva, N., Bretón, M., *et al.*, (2011). Tendencias del uso de Drogas en la Ciudad de México: Encuesta de Estudiantes del 2009. *Salud Mental* 2011; 34(2):81-94.
- Velázquez, B. D., Friman, R. N., & González, G. M. (2016). Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético. *Correo Científico Médico*, 20(4), 804-809.
- UNODC. (2016). Informe mundial sobre las drogas 2016. Recuperado de: https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf

SÍNTESIS CURRICULAR

Arodi Tizoc Marquez

Integrante de la Red Mexicana de Escuelas y Facultades de Enfermería para la reducción de la demanda de drogas. Miembro de la Sociedad de Honor Sigma Theta Tau Internacional de Enfermería, experiencia en prevención de adicciones a las drogas: adolescentes, jóvenes y familia, además de ser integrante del grupo de estudiantes de enfermería contra las adicciones. Colaborador de CA de Facultad de Enfermería Salud Comunitaria. Representante de la Facultad de Enfermería en el Subcomité Estatal de Enfermería del

Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recurso Humano e Investigación en Salud de Baja California. Correo: atizoc@uabc.edu.mx

Karina Rivera Fierro

Maestría en Ciencias de la Salud, Especialización en adicciones a través del Centre of Addiction and Mental Health y la Comisión Interamericana para el Control y Abuso de Drogas y Estudiante del Doctorado de Salud Pública en el Instituto Nacional de Salud Pública. Colaborador del Cuerpo Académico Salud Comunitaria de la Facultad de Enfermería. Integrante de la Red Mexicana de Escuelas y Facultades para la Reducción de la Demanda de Drogas, de la Alianza contra las Adicciones y la Violencia de Mexicali, y Secretaria Técnica del Subcomité Estatal de Enfermería del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recurso Humano e Investigación en Salud de Baja California. Correo: riverok@uabc.edu.mx

Ulises Rieke Campoy

Maestro en Ciencias de la Salud, director de la Facultad de Enfermería Universidad Autónoma de Baja California, Integrante del Cuerpo Académico Salud Comunitaria, Integrante de la Red Mexicana de Escuelas y Facultades para la Reducción de la Demanda de Drogas. Presidente del Subcomité Estatal de Enfermería del Comité Estatal Interinstitucional para la Formación y Capacitación de Recurso Humano e Investigación en Salud de Baja California. Correo: rieke@uabc.edu.mx

Manuel Cruz Palomares

Licenciatura en Psicología con énfasis en Psicología de la salud en proceso de obtención del título de Maestría en Ciencias de la Salud con, experiencias en intervenciones con poblaciones ocultas de difícil acceso vulnerables frente al VIH: Mujeres Trabajadoras Sexuales, Personas Transexuales/Transgénero/Travesti, Hombres que tienen Sexo con Hombres, Personas privadas de Libertad, Migrantes. Experiencia en intervenciones con personas vulnerables frente al uso de drogas inyectables bajo el modelo de Reducción de Daños, experiencia en detección y consejería en VIH/SIDA, metodologías de comunicación para el cambio de comportamiento y mercadeo social en salud. Correo: manuel.cruz.palomares@uabc.edu.mx