

GUÍA TÉCNICA DE TRABAJO DE CAMPO PARA EL ABORDAJE DE CONSUMOS DE METANFETAMINAS Y FENTANILO EN MÉXICO



Publicación:



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



CONASAMA
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES

Con el apoyo técnico y financiero:



Financiado por
la Unión Europea

COPOLAD



Episteme Social
Investigación, intervención
y evaluación



Primera Edición: 2024

Las opiniones y datos contenidos en este documento son de la exclusiva responsabilidad de sus autoras. Guía Técnica de Trabajo de Campo con Personas Usuarias de Metanfetamina y Fentanilo forma parte de Instituto RIA A.C.

Autoras: **Dalel Pérez, Zara Snapp y Julia Anguiano Rosas.** Instituto RIA A.C. Consultoras de COPOLAD. Investigación y redacción: **Zara Snapp, Dalel Pérez y Julia Anguiano.** Instituto RIA A.C. Consultoras de COPOLAD.

Orientación y revisión:

Equipo COLOPAD III: Inés Elvira Mejía M, Task force Acceso a servicios de calidad e inclusión social, COPOLAD III. **David Pere Martínez Oró,** Director Episteme Social.

Equipo Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones de México (CONASAMA): **José Javier Mendoza Velásquez,** Director General de los Servicio de Atención Psiquiátrica. **Alejandra Rubio Patiño,** Directora de Cooperación Internacional. **Hugo González Cantú,** Jefe de Servicio. **Fany Pineda Miranda,** Subdirectora de Vinculación y Coordinación con Organizaciones Sociales. **Alejandra Montserrat Rivera Barrientos,** Subdirectora Regional de Occidente. **Cecilia Ojeda Cortés,** Directora de Coordinación de Estrategias. **Beatriz Paulina Vázquez Jaime,** Directora de Vinculación y Coordinación Educativa. **Leonardo Arturo Viguri Sandoval,** Jefe de la Clínica de Patología Dual del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez.

Directorio de la CONASAMA: **Juan Manuel Quijada Gaytán,** Titular de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones. **Evalinda Barrón Velásquez,** Directora General en la CONASAMA. **Lorena López Pérez,** Directora General en la CONASAMA. **José Javier Mendoza Velásquez,** Director General en la CONASAMA.

Revisión de estilo: **Montserrat Angulo, Paola Rodríguez.**

Diseño gráfico: **Paola Rodríguez.**

ISBN: en trámite

Contacto: contacto@institutoria.org

Criterio de citacion: Pérez, D., Snapp, Z. y Anguiano, J. (2024). *Guía técnica de trabajo de campo para el abordaje de consumos de metanfetaminas y fentanilo en México.* COPOLAD, CONASAMA, INSTITUTO RIA, AC y EPISTEME SOCIAL

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea, el Programa COPOLAD III y Episteme Social. El contenido de la misma es responsabilidad exclusiva de las autoras y autores, y en ningún caso compromete ni refleja la opinión de la Unión Europea

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no habría sido posible sin el invaluable esfuerzo de las colectivas y organizaciones de la sociedad civil que realizan trabajo de base bajo enfoques de reducción de riesgos y daños. Debemos reconocimiento y justicia social a las labores humanitarias llevadas a cabo por los equipos de PrevenCasa, Clínica Condesa, Marionetas del Señor A. C., Una Nueva Vida A. C., Diversidades ante el Meth, Inspira Cambio A.C., Integración Social Verter A.C., Programa Compañeros A.C. y muchos proyectos comunitarios más. Asimismo, agradecemos la apertura por parte de instituciones como la Clínica Condesa en la Ciudad de México y la Secretaría de Salud de Baja California.

Agradecemos la confianza y colaboración de las personas usuarias respondientes de la encuesta y de quienes fueron participantes en los grupos focales, deseando hacer justicia a su tiempo y apertura con el desarrollo de un producto útil y acorde a lo que aprendimos durante el proceso. Hacemos mención especial de Nathan Smiddy, Alejandra y Liliana García, Arantxa Ibarrola García y Silvia Cruz, por sus relevantes contribuciones al proyecto. Finalmente, apreciamos y resaltamos el conocimiento, la sensibilidad y el expertís de Angélica Ospina, Bianca Valverde, Claudia Rafful, Juan Pablo Caisero y Rubén Diazconti, que nutrieron el entendimiento que le dio forma y perspectiva a esta investigación, compartiendo con nosotras el objetivo de comprender el uso de sustancias psicoactivas desde una perspectiva de derechos humanos. Es un honor trabajar de la mano de mentes tan brillantes.

Instituto RIA A.C. es responsable del contenido de la Guía Técnica y cualquier duda o comentario se puede canalizar con la organización.

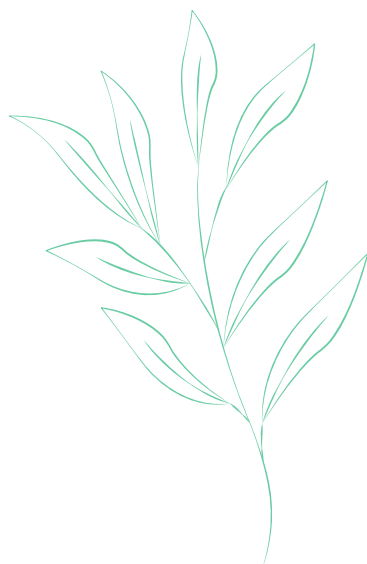


TABLA DE CONTENIDO

Introducción	5
Justificación	8
I. Contextualizando para el abordaje en campo	9
A. Lenguaje en el abordaje de los usos de metanfetamina y fentanilo	10
B. Marcos políticos en drogas	12
1. Nivel Internacional	13
2. Nivel Nacional	14
C. Bases para el abordaje de usos de metanfetamina y fentanilo	16
D. Bases de los abordajes en reducción de riesgos y daños	16
E. Continuum del uso de drogas	17
F. Tipos de uso de sustancias psicoactivas	17
G. Policonsumo de sustancias psicoactivas	18
II. La metanfetamina y fentanilo en México	20
A. Metanfetamina	21
B. Fentanilo	29
C. Vías de administración	35
III. ¿Cómo responder a los usos de metanfetamina y fentanilo?	39
IV. Desarrollo de estrategias de intervención	53
A. Diseño de estrategias basadas en evidencia	54
V. Anexo metodológico	61
A. Introducción y diseño de investigación	62
B. Población y muestra	62
C. Instrumentos de recolección de información	63
1. Encuesta virtual de auto reporte	63
2. Grupos focales con personas usuarias de metanfetamina	65
3. Entrevistas cortas con personas usuarias de fentanilo	65
4. Entrevistas con personas que prestan servicios sociosanitarios	66
5. Entrevistas cortas con personas investigadoras	66
D. Resultados	67
1. Encuesta virtual de auto reporte	67
2. Grupos focales sobre uso de metanfetamina	70
3. Entrevistas cortas con personas usuarias de fentanilo y metanfetamina	73
4. Entrevistas con personas prestadoras de servicios y con experiencia de investigación en fentanilo	75
E. Limitaciones en el estudio	76
VI. Referencias	77

INTRODUCCIÓN

México ha sido uno de los principales países productores y exportadores en el mercado regional de sustancias ilegalizadas, siendo el tercer país productor de amapola ilegal en el mundo (UNODC, 2016). Recientemente, se ha registrado un creciente uso de metanfetamina en México. La metanfetamina fue introducida desde los estados del norte del país, principalmente en poblaciones fronterizas y comunidades de migrantes y personas retornadas, replicando el uso estadounidense de la sustancia y aumentando la demanda interna (García-Aurrecoechea et al. 2018). La metanfetamina es un estimulante que afecta el sistema nervioso central, generando liberación de dopamina en el cerebro. Debido a su estructura química, atraviesa fácil y rápidamente la barrera cerebral llamada barrera hematoencefálica, lo que facilita su absorción en la sangre y prolonga la intensidad de sus efectos durante horas. La rapidez e intensidad de los efectos puede variar de acuerdo con las vías de administración y otras variables que serán exploradas en esta guía. El uso de esta sustancia se ha diseminado por todo el territorio, convirtiéndose en la tercera sustancia ilegal más utilizada en el país según datos oficiales (UNODC, 2023).

Entre el 2013 y 2020, el número de personas que reciben tratamiento por usos problemáticos de metanfetamina incrementó en un 218% en México, mientras que para 2021, informa el World Drug Report de 2023 las UNODC, la proporción de personas en tratamientos relacionados con el uso de estimulantes de tipo anfetamínico fue del 43.2%. Adicionalmente, el mismo reporte identificó para México una tendencia de aumento en el uso de metanfetamina mayor al 10% en todos los grupos de edad. Aunado a esto, el uso de metanfetamina fue la causa mayor de demanda de tratamiento en México (30.2%), seguido por alcohol (24.5%) y cannabis (15.1%) (CONADIC, 2021). Se predice que la prevalencia observada hasta el momento presentará un aumento significativo en las siguientes encuestas implementadas por el gobierno federal.

La alta prevalencia del uso de metanfetamina, junto con la presencia de adulterantes potencialmente letales en otras sustancias y la emergencia de nuevas sustancias sintéticas, configuran escenarios de alto riesgo para las personas que usan drogas (PUD) en México. El acceso a servicios de salud basados en la reducción de riesgos y daños (RRyD), y la expansión de estrategias alternativas de cuidados y tratamiento acordes a los patrones de uso, a los tipos de sustancias y las condiciones sociodemográficas que median estos consumos, pueden mitigar oportunamente los efectos adversos del aumento del uso de metanfetamina.

En paralelo, la producción y uso de heroína presentan tendencias similares, aunque en proporciones menores: desde la década de 1970, México se ha posicionado como uno de los principales productores de goma de opio para suplir la demanda de heroína en Estados Unidos y Canadá (Snapp y Herrera, 2021). La demanda mexicana de heroína y ahora de fentanilo ha incrementado, aunque es más focalizado en ciertas zonas del país, con los estados de Sonora, Baja California y Chihuahua registrando un mayor consumo (Secretaría de Salud, 2023). El consumo de opiáceos en México inició en el siglo XIX con la llegada de personas de ascendencia china. Además de traer el opio por sus usos tradicionales en Asia, se usó como forma paliativa de soportar las largas jornadas y los dolores causados por su trabajo en la construcción de ferrocarriles.

En la actualidad, las dinámicas del mercado ilegal y la influencia estadounidense han reconfigurado los patrones de consumo de la población en la región fronteriza, manifestándose en la presencia de opiáceos y opioides sintéticos y el consumo por vía inyectada. Para el 2011, la cantidad de personas entre 15 y 64 años usuarias de opioides era menor al 1% (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz et al., 2017). Para el mismo año, la población en tratamiento por uso opioides y opiáceos en general fue del 3,3% (Secretaría de Salud, 2023). La heroína ocupó el décimo lugar en prevalencia de uso para el 2020, mientras que el conjunto de opiáceos y opioides ocuparon el quinto lugar para el 2021 en México (UNODC, 2021). Sin embargo, sigue pendiente una actualización de estos datos, pero la UNODC afirma que la prevalencia de uso en estas sustancias se mantiene estable (UNODC, 2023).

Aunque su prevalencia es relativamente baja respecto a otras sustancias, el uso de heroína y otros derivados del opio adquieren una dimensión adicional de riesgo por la posible presencia de fentanilo como sustituto o adulterante. Esto responde a las dinámicas de comercio en el mercado ilegal. El fentanilo es una sustancia hasta cincuenta veces más potente que la heroína, por lo que las intoxicaciones fatales han aumentado durante los últimos años, representando una grave crisis en Estados Unidos y en Canadá, donde la demanda de opioides es significativa (Snapp y Herrera, 2021). El influjo de los patrones de uso de sustancias de estos dos países es tan presente en México que, aunque en escalas mucho menores y delimitadas a la región fronteriza, se perciben síntomas similares de la crisis de sobredosis por fentanilo, incluyendo adulteración de sustancias, intoxicaciones y muertes. Las organizaciones no gubernamentales que ofrecen servicios de reducción de riesgos y daños en la frontera norte del país han señalado que el uso de heroína u opioides cuya composición es desconocida para la persona usuaria, puede ocurrir sin modificación de la dosis habitual, lo que significa un alto riesgo para su salud y su vida.

En este contexto, esta Guía se formula como insumo para que instituciones que prestan servicios sociosanitarios, autoridades públicas, organizaciones comunitarias y de la sociedad civil y personas interesadas tengan acceso a información actualizada sobre el uso de metanfetamina y fentanilo, cuya prevalencia e impacto deben ser atendidas oportunamente a través de estrategias respetuosas de los derechos humanos de las personas.

La elaboración de la Guía es producto de un trabajo de documentación y compilación de información necesaria para proveer a la lectora de información actualizada y basada en evidencia. Este trabajo, además, se construye desde las experiencias que las personas usuarias de metanfetamina y fentanilo han compartido de forma anónima y voluntaria con las investigadoras, a través de una encuesta virtual de auto reporte. La encuesta cuenta con 98 respuestas sobre el uso de las sustancias, usos problemáticos, opciones para reducir o abandonar el uso de las sustancias, estrategias de autocuidado y su relación con el personal que provee servicios sociosanitarios. Algunas de las personas respondientes fueron convocadas a través de grupos de Facebook en donde usuarias/os de metanfetamina se conectan virtualmente alrededor del uso de la sustancia, abriendo una veta por explorar a través de la etnografía digital.

Además, se facilitaron cuatro grupos focales con 60 personas usuarias de metanfetamina de diversos orígenes de la República, en donde se abordaron las subjetividades alrededor del uso, preocupaciones sobre la salud física y mental y los desafíos que trae consigo el uso de la sustancia; se configuraron como espacios seguros en donde las/los participantes compartieron reflexiones y experiencias personales, recalcando la importancia de los espacios de diálogo y colectivización entre pares. En adición, con 25 entrevistas a personas que usan fentanilo en la frontera norte de la República, se identificaron las circunstancias en las que las personas se están acercando a la sustancia, los riesgos que puede generar y las estrategias para mitigarlos; principalmente se identificaron las necesidades que deben ser satisfechas para reducir los daños físicos y sociales a los que las personas pueden ser vulnerables.

Por último, se llevaron a cabo nueve entrevistas a personas que, desde sus experiencias en acompañamiento a personas usuarias o investigación académica, aportaron perspectivas cruciales para la identificación de buenas prácticas a nivel clínico y comunitario⁶. Las identidades de todas las personas se protegen, igual que la confidencialidad de la información suministrada, guardando la ética de la investigación y los compromisos adquiridos con las personas participantes.

Conocer la experiencia vivida de las personas usuarias de metanfetamina y fentanilo no sólo complementa y confirma algunos de los hallazgos en la literatura actual sobre el fenómeno, sino que amplía la perspectiva desde la cual se formula esta Guía: desde personas usuarias hacia personas usuarias. La polifonía de experiencias que se reflejan en esta Guía no solo pretende desdibujar cualquier imagen estereotípica o estigmatizante de una persona usuaria de sustancias, sino que crea un espacio donde las subjetividades de las personas se configuran como evidencia suficiente para identificar prácticas que prestadores de servicios sociosanitarios y comunitarios pueden adoptar o evitar.

Esta Guía está comprendida por cinco secciones. En la primera se ofrece una contextualización breve en lenguaje y políticas públicas de drogas, para enmarcar el enfoque de la Guía y los abordajes que se revisan. Posteriormente, se abordan algunas bases de la perspectiva de reducción de riesgos y daños antes de examinar la metanfetamina y el fentanilo: su descripción, formas de uso y particularidades. La tercera sección menciona algunas consideraciones sobre cómo responder a los usos de metanfetamina y fentanilo, de manera inmediata o a largo plazo. La cuarta sección corresponde al desarrollo técnico de estrategias, describe las barreras, intervenciones en campo y poblaciones particulares, con algunas guías sobre el diseño de intervenciones y su correspondiente monitoreo. Finalmente, la quinta sección detalla el proceso del trabajo cualitativo realizado, las limitaciones de la investigación e información correspondiente a las entrevistas y grupos focales.

⁶ Ver «Anexo metodológico» al final de esta Guía.

JUSTIFICACIÓN

En lugar de enfocarnos únicamente en las sustancias que se consumen, es crucial poner atención a las personas usuarias y sus necesidades, con el fin de reducir los daños a la salud, a la vida y a las comunidades, reconociendo y respetando sus posibilidades de agencia y entendiendo que la abstinencia tal vez no es la única ruta para todas las personas.

La elaboración de una Guía Técnica de trabajo de campo para el abordaje de consumos de metanfetamina y fentanilo en México dirigido a personal de salud y redes cercanas de las personas que usan drogas puede contribuir a la reproducción de buenas prácticas en el abordaje y acercamiento de consumos de estas dos sustancias. Es oportuno sensibilizar al personal sobre las condiciones políticas y jurídicas que rodean al consumo de sustancias psicoactivas, comprendiendo que los impactos negativos de los mercados ilegales han estado fuera del control de las personas usuarias, y éstas últimas también se encuentran en desventaja en este escenario: son criminalizadas, estigmatizadas, excluidas y revictimizadas.

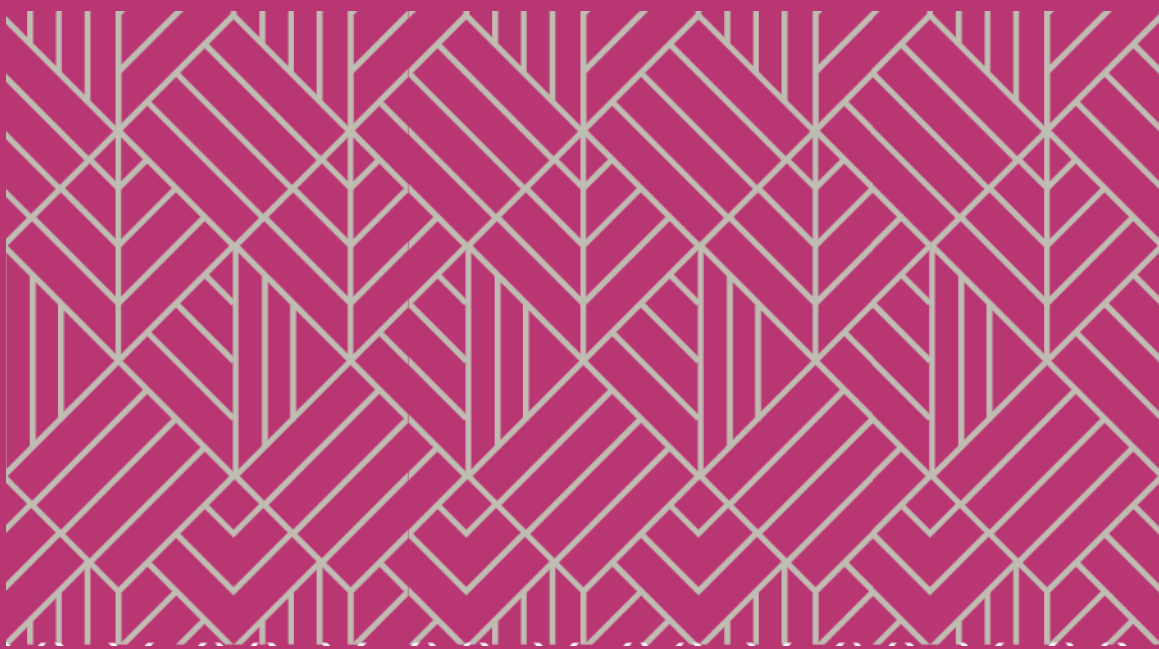
Entender la política de drogas y la reducción de riesgos y daños no sólo cumple una función informativa, sino que sienta las bases éticas y políticas de la Guía e intervención de los consumos de sustancias psicoactivas, particularmente en el caso de metanfetamina y fentanilo. Estas bases son relevantes para la adopción de una perspectiva de justicia social en las prácticas médicas e institucionales que se relacionan con personas que usan drogas.

Una sensibilización exitosa concluiría con la adopción de una perspectiva de reducción de riesgos y daños que conciba a las personas usuarias de una manera integral, respetando su agencia individual, sus derechos humanos y removiendo el estigma social que en ocasiones media estas interacciones clínicas y las revictimiza. Todo esto, en consonancia con las disposiciones de la reforma a la Ley General de Salud del DOF 16-05-2022 en materia de salud mental y adicciones y coadyuvando a su cumplimiento.

Una comprensión del entramado en el que existen los usos de metanfetamina y fentanilo, además de un cambio de paradigma en la atención a las personas usuarias, a mayor escala, podría ofrecer mecanismos más respetuosos y efectivos en la prevención de usos problemáticos, muertes por sobredosis y adopción de medidas de reducción de daños por parte del sector de salud y de la población usuaria en México. Esta Guía Técnica se propone ser una de las bases para la innovación necesaria en el abordaje de las personas usuarias.



CONTEXTUALIZANDO PARA EL ABORDAJE EN CAMPO



A. LENGUAJE EN EL ABORDAJE DE LOS USOS DE METANFETAMINA Y FENTANILO

La comunicación es el puente que conecta a las personas. El lenguaje, por su parte, es la forma que ese puente adquiere: los materiales, la longitud, la cantidad de vías para circular, etcétera, son construidos a partir de las decisiones que toman quienes participan de una conversación. Es responsabilidad de quien presta servicios sociosanitarios facilitar la construcción de interacciones adecuadas para procurar la efectividad esperada en las intervenciones a los consumos de sustancias. Este apartado tiene dos propósitos: proporcionar terminología actualizada sobre las sustancias psicoactivas con sus definiciones y proporcionar guías para la construcción de puentes de intercambio sólidos y amigables con las personas que usan drogas.

Consumo de sustancias psicoactivas: El rubro que agrupa diversos patrones de uso, consumo y posible abuso de sustancias psicoactivas que actúan en el sistema nervioso central.

Consumo experimental: En general, las primeras veces que se consume una sustancia determinada (puede incluir el tabaco o el alcohol). El término se refiere a un consumo extremadamente infrecuente o inconstante.

Consumo problemático de sustancias: Describe el uso de drogas que causa problemas físicos, mentales, emocionales o sociales significativos en la vida personal o profesional de la persona. También se puede usar “uso crónico” o “uso caótico”.

Craving: Es el intenso deseo de consumir una sustancia específica, en este caso, metanfetamina.

Dependencia: Estado psicofísico causado por la interacción con una sustancia psicoactiva, alcohol, tabaco u otra sustancia, caracterizado por la modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos y a veces para evitar el malestar producido por la suspensión o abstinencia del consumo.

Entorno de apoyo: Red de personas, familiares, servicios y recursos que brindan ayuda y asistencia a las personas que usan sustancias psicoactivas para promover su bienestar y recuperación.

Estigma: Actitudes negativas, comportamientos o prejuicios hacia las personas por su situación de vida que puede incluir el uso de sustancias. Fomentar la discriminación, los prejuicios, y los estereotipos pueden obstaculizar el acceso a la atención de salud y el apoyo social. Se han identificado tres posibles tipos de estigma: internalizado, social y estructural (Health Canada, 2023).

Factores de riesgo: Circunstancias o características personales, ambientales o relacionadas con la sustancia que están asociados a una probabilidad mayor de generar problemas en la vida personal o profesional.

Factores de protección: Capacidades personales, sociales, familiares o culturales que fortalecen a las personas para poder eliminar, disminuir o neutralizar situaciones de riesgo, concretamente, las de consumo de sustancias y que hacen a las personas menos vulnerables.

Intervenciones breves: incluye una extensa gama de actividades que varían en contenido, duración, intensidad, metas, escenarios, especialistas involucradas; es una estrategia terapéutica que combina la identificación temprana de personas con una conducta de consumo de alcohol (drogas) que los pone en riesgo, y la oferta de un tratamiento antes de que lo soliciten por su propia voluntad; son de tipo motivacional, lo que implica que permiten incrementar en el usuario su disposición al cambio y su compromiso para cambiar su conducta.

Malilla: Es la palabra que se usa en el norte de México para describir el síndrome de abstinencia por consumo de opioides.

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

Personas que inyectan drogas (PID): Es toda aquella persona que se inyecta sustancias psicoactivas y que usa jeringuillas u otros dispositivos para administrar sustancias directamente en su torrente sanguíneo.

Personas que usan drogas (PUD): Es toda aquella persona que consume sustancias psicoactivas ilegalizadas que no sean para fines científicos o médicos. Usar el término enfatiza la humanidad y la dignidad de la persona, en lugar de definirla solo por su comportamiento de consumo de drogas.

Prevención del consumo de sustancias: El conjunto de acciones dirigidas a identificar, evitar, reducir o regular el consumo de sustancias psicoactivas, así como los riesgos sanitarios, sus consecuencias físicas, psíquicas, económicas, familiares y sociales. Entre las estrategias de prevención, distinguimos estrategias universales, selectivas e indicadas.

Prevención indicada: Se realizan acciones destinadas a grupos concretos e identificados, ya conformados por personas usuarias de sustancias.

Prevención selectiva: Localiza e incorpora medidas de prevención centradas en grupos con mayores riesgos de usar sustancias.

Prevención universal: Son estrategias que se diseñan de manera homogénea para abarcar a toda una población, sin distinguir niveles de riesgo en el uso de sustancias y con el fin de evitar o retrasar la edad de inicio de uso de sustancias.

Reducción de riesgos y daños (RRyD): se refiere a políticas, programas, y prácticas que buscan minimizar los impactos negativos de salud, sociales y legales asociados con el consumo de drogas, y las políticas y leyes sobre drogas. No necesariamente requiere la suspensión del consumo. (Harm Reduction International)

Slam: Término que se refiere a una persona que consume drogas mediante la práctica de inyecciones rápidas y repetidas, a menudo en un entorno grupal o social.

Sustancia psicoactiva (SPA): Toda sustancia que altera algunas funciones psicológicas y a veces físicas, principalmente afectando el sistema nervioso central. Incluyen las sustancias, estupefacientes y psicotrópicos clasificados en la Ley General de Salud, aquellos de uso médico, los de uso industrial, los derivados de elementos de origen natural, los de diseño, el tabaco y el alcohol.

Tolerancia: Es la forma en que el cuerpo se adapta al consumo regular de una sustancia con el paso del tiempo. A medida que se desarrolla tolerancia, se necesita una mayor cantidad de sustancia para sentir el efecto deseado.

Tratamiento: El conjunto de acciones y servicios que tienen por objeto conseguir la reducción del consumo de las sustancias psicoactivas, reducir los riesgos y daños que implican el uso o abuso de dichas sustancias, abatir los padecimientos asociados al consumo, incrementar el grado de bienestar físico, mental y social y que puede incluir la suspensión de consumo. Los servicios y las oportunidades de tratamiento pueden comprender desintoxicación, terapia de sustitución y mantenimiento y/o asesoramiento y terapias psicosociales.

B. MARCOS POLÍTICOS EN DROGAS

La visión convencional de las políticas de drogas basadas en la prohibición necesariamente tienen efectos en el consumo y abordaje de sustancias como metanfetamina y fentanilo. Es oportuno dar un vistazo a las normativas –tanto nacionales como internacionales– para reconocer los marcos de acción de diferentes actores en relación con el uso de sustancias psicoactivas.

Las drogas no siempre fueron ilegales en México. Durante un periodo de seis meses en 1940, el presidente Lázaro Cárdenas, con la inspiración del doctor Leopoldo Salazar Viniegra, instrumentó una legalización de las drogas y abastecimiento seguro a través de boticarios (Enciso, 2015). Las presiones internacionales lideradas por Estados Unidos y empresas farmacéuticas resultaron en la alineación del gobierno cardenista en un modelo prohibicionista de drogas para reprimir el uso de sustancias ilegalizadas. Posteriormente, los legisladores abordaron el consumo de las sustancias ilegalizadas apelando al miedo hacia ellas y argumentando la idea de inferioridad de las personas usuarias, a quienes durante los debates describieron como ciudadanía dispuesta “a ser envenenada a cambio de una satisfacción efímera y perjudicial” (Cámara de Diputados, 1947).

Con estas bases se consolidó un marco jurídico que, como consecuencia, permite convertir a las personas usuarias en blanco de estigma y criminalización, con sanciones desproporcionadas y una falta de protección efectiva al derecho a la salud como derecho humano y valor fundamental. Sin embargo, transformaciones recientes son potenciales oportunidades para ofrecer atención basada en el respeto a los derechos humanos de las personas usuarias de sustancias psicoactivas.

1. NIVEL INTERNACIONAL

Existen tres convenciones internacionales principales que norman el control y las acciones de los gobiernos hacia el consumo problemático y el tráfico ilícito de sustancias. Si bien reconocen las propiedades terapéuticas y de valor científico de las sustancias psicoactivas ilegalizadas, no incluyen la existencia del consumo diferenciado y comprenden el uso de sustancias desde un ámbito de prohibición moral y seguridad nacional, no desde la salud pública.

Norma	Alcance
<p>Convención Única sobre Estupefacientes de 1961</p>	<p>El objetivo principal fue otorgar a las Naciones Unidas un régimen de control único sobre las tres plantas psicoactivas principales: cannabis, hoja de coca y amapola. Se describieron el tipo de sustancias sujetas a la fiscalización de las Naciones; sus disposiciones penales; y cuáles serían las condiciones de aprehensión de las personas involucradas en su compraventa y el respectivo decomiso de las sustancias (Naciones Unidas, 1961).</p> <p>Internacionalmente, las Naciones están obligadas a adoptar las medidas necesarias para impedir la producción, venta y transporte de estas sustancias y a socializar entre su ciudadanía que ejecutar estas acciones intencionalmente será entendido como un delito grave, castigado con penas de prisión y privación de la libertad al mismo tiempo que se asegura su disponibilidad para usos médicos o científicos (Naciones Unidas, 1961).</p>
<p>Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971</p>	<p>El Convenio identificó sustancias sintéticas nuevas como el LSD, las anfetaminas y los barbitúricos; y añadió un nuevo compromiso para los países miembros de notificar la aparición de nuevas sustancias psicoactivas (Naciones Unidas, 1971). Como medida en contra del comercio ilícito de tales sustancias, autorizó a los países adoptar cualquier acción dirigida a su ciudadanía con el objetivo de prevenir su consumo no autorizado y fomentar la abstinencia (Naciones Unidas, 1971).</p>
<p>Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988</p>	<p>Describe los mecanismos adecuados para el combate al tráfico de sustancias ilegales y controladas; actualiza los límites de la fiscalización de las sustancias ilegalizadas para incluir los precursores químicos utilizados en su fabricación ilegal; y por primera vez menciona al crimen organizado como un actor clave para detener sus cadenas de producción (Naciones Unidas, 1988).</p> <p>Reconoce a las organizaciones que se dedican al tráfico de sustancias ilegales como un problema internacional debido a sus estrategias de lavado de dinero, centrando el foco de la discusión en las estrategias de vigilancia para frenar y combatir el transporte de los estupefacientes que se dirigen hacia los países consumidores (Naciones Unidas, 1988).</p>

2. NIVEL NACIONAL

A casi 18 años de que se declarara la guerra contra el narcotráfico durante el sexenio de Felipe Calderón (2006-2012), las políticas dirigidas al consumo de sustancias ilegalizadas aún no abandonan el enfoque punitivista. La desigualdad económica y social propicia condiciones idóneas para que una parte importante de la población, excluida de las vías legales para lograr su movilidad social, encuentre en el crimen organizado una alternativa a la pobreza (Flores, 2005, p. 62-65).

En México, la legislación nacional en materia de sustancias ilegalizadas es robusta y depende primordialmente del Código Penal Federal, la Ley General de Salud y usualmente del Plan Nacional de Desarrollo del gobierno en turno. Estos son instrumentos que tienden a estar sujetos a las disposiciones internacionales, pero son de interés por dictar cuáles serán las disposiciones que protegen o afectan los derechos de las personas usuarias de sustancias. Donde la Ley General de Salud es el marco legal principal que regula las acciones dirigidas a las personas usuarias de sustancias ilegalizadas.

Norma	Alcance
<p>Estrategia Nacional de Prevención de las Adicciones (ENPA) y el Plan Nacional de Desarrollo (PND)</p>	<p>Establecen un marco de políticas públicas para prevenir el consumo de sustancias adictivas durante el sexenio del presidente Andrés Manuel López Obrador.</p> <p>El PND es descrito como una ruta que reformuló su combate a las sustancias y abandonó su enfoque prohibicionista. Así que explica el objetivo de articular la ENPA en dos sentidos: fortalecer factores de protección en materia de salud mental en la población joven y adolescente; y disminuir los factores de riesgo (SSPC, 2022, p. 9). Para lo cual realiza intervenciones informativas en escuelas, desde niveles de educación básica hasta de educación media superior, para prevenir el consumo y brinda tratamiento a personas usuarias de sustancias desde una perspectiva de salud mental.</p>
<p>Código Penal Federal</p>	<p>A partir de las Convenciones Internacionales de 1961 y 1971, en el Código Penal Federal se realizaron reformas para atender el tratamiento de los consumos problemáticos, que incluyeron la definición de ‘adictos’ y penalizaron el consumo personal que no tuviera como único fin ‘sobrellevar una adicción’. La legislación amplió los delitos relacionados con ‘narcóticos’, aumentando las sanciones por producción, transporte, comercio y suministro ilegal de sustancias, considerados delitos graves; y disminuyendo las penas por siembra, cultivo y cosecha (Hernández, 2010).</p> <p>En 1996, se creó la Ley Federal contra la Delincuencia Organizada para perseguir delitos que se consideraran cometidos en asociación delictiva. Esta permitió, desde el 2008, la privación de la libertad de cualquier persona considerada sospechosa de delincuencia organizada hasta por 80 días –actualmente 40–, sin la necesidad de juicios, órdenes de acusación o la comisión evidente del delito⁶ (Ley Federal Contra la Delincuencia Organizada, 1996).</p>

⁶ Las reformas han fomentado sistemas de bonos para un mayor número de personas detenidas, ensanchando la población carcelaria. A datos de 2020, el 61.1 % de la población detenida fue privada de su libertad por distribuir al por menor; y el 38.9 % por rebasar las cantidades establecidas en la Ley General de Salud (INEGI, 2022).

Norma	Alcance
Ley General de Salud	<p>Esta Ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en términos del artículo 4o. de la Constitución. Establece las bases y modalidades de la política nacional en materia de salud y delimita el universo de las instituciones y las personas usuarias de los servicios de salud. Mediante el artículo 73 encarga la realización de programas para la prevención y atención del uso de sustancias psicotrópicas a la Secretaría de Salud, los gobiernos de los estados y las instituciones de salud.</p> <p>En su artículo 479, separa la “posesión simple” del delito de “narcomenudeo” utilizando la denominada “tabla de orientación” para imponer límites a la cantidad que se permite de cada sustancia ilegalizada.</p>
Ley de Narcomenudeo 2009	<p>El expresidente Felipe Calderón formuló un conjunto de reformas a la Ley General de Salud y el Código Penal Federal, coloquialmente conocidas como ‘ley contra el narcomenudeo’ con el propósito de aumentar el decomiso de sustancias ilegalizadas a nivel municipal, estatal y nacional y distinguir entre personas usuarias, traficantes y farmacodependientes según umbrales de posesión e incluir la reducción de daños como una política de Estado⁷.</p>
Reforma a la Ley General de Salud del DOF 16-05-2022 en materia de salud mental y adicciones	<p>Las reformas establecieron la salud mental y la prevención de adicciones como acciones prioritarias para las políticas de salud (Cámara de Diputados, 2022). Se reconoció la autonomía en la toma de decisiones que tiene cualquier persona respecto a su derecho a la salud, el impacto negativo de las intervenciones coercitivas y que la recuperación es un proceso individual y variable de persona a persona.</p> <p>Puntualizó la obligación de las instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud de prestar servicios de atención de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas con respeto a la dignidad y a la perspectiva de género, equidad, interseccionalidad e interculturalidad. Esto implica la erradicación de estigmas y estereotipos utilizados en contra de las personas usuarias. Explicita que el internamiento de una persona usuaria de sustancias sólo puede realizarse de manera voluntaria y por un tiempo estrictamente necesario, valorando otras alternativas de atención en caso de no contar con el consentimiento por escrito de la persona que busca los servicios de salud (Ley General de Salud, 2022, artículo 75).</p>

⁷ En los años posteriores a las reformas de narcomenudeo, los datos demuestran un aumento en la cantidad de procesos penales estatales de delitos contra la salud con 16,680 sancionados en prisiones estatales en 2011 y subiendo a 30,614 en 2015 que es un aumento de 83% en 4 años (INEGI, 2015). En 2018, hubo 31,338 delitos relacionados con drogas y 84.7% fueron por narcomenudeo (INEGI, 2020). En 2020, de los delitos relacionados con drogas cometidos por la población en los centros penitenciarios, 61.1% fue por narcomenudeo y 38.9% por delitos contra la salud. El principal delito fue de posesión simple, seguido por posesión con fines de comercio.

El desarrollo de medidas penales y administrativas desproporcionadas en contra de las personas usuarias o distribuidoras de pequeñas cantidades no fueron vistas como atentados a los derechos humanos de estas personas, sino que ayudaron a criminalizar y cuestionar la identidad de quien optara por consumir.

A pesar de que el consumo consista en un ‘delito’ sin víctima ni violencia.

BASES PARA EL ABORDAJE DE USOS DE METANFETAMINA Y FENTANILO

El término “abordaje” se refiere al enfoque sistemático y multidisciplinario utilizado para enfrentar y resolver diversos problemas o desafíos en el ámbito de la salud. Los abordajes pueden variar según el contexto, la naturaleza del problema y las necesidades específicas de los individuos o comunidades involucradas. Desde la atención médica hasta la intervención social, los abordajes son fundamentales para proporcionar soluciones efectivas y adaptadas a las circunstancias particulares de cada situación.

Los abordajes, según sus objetivos, alcance y duración pueden clasificarse así:

- **El abordaje preventivo** que se centra en la prevención de problemas de salud o sociales antes de que ocurran, desde la implementación de programas educativos, campañas de concientización y políticas de salud pública;
- **El abordaje curativo**, que se enfoca en el tratamiento, utilizando terapias médicas, psicológicas o sociales para abordar las necesidades específicas de los individuos afectados;
- **El abordaje de tratamiento**, que se orienta hacia la superación y la reintegración de personas que han experimentado problemas de salud o sociales, proporcionando apoyo y recursos;
- **El abordaje comunitario**, que se basa en la participación activa de la comunidad en la identificación, planificación y ejecución de intervenciones destinadas a mejorar la salud y el bienestar

BASES DE LOS ABORDAJES EN REDUCCIÓN DE RIESGOS Y DAÑOS

La reducción de riesgos y daños (RRyD) puede entenderse como un marco de intervención que incluye políticas, programas y prácticas que buscan minimizar los daños asociados al uso de sustancias psicoactivas para así salvar vidas y preservar la salud de las personas y las comunidades. La reducción de daños se preocupa por adaptarse a realidades cambiantes del consumo de drogas, con base en evidencia científica para lograr las mejores prácticas. Conjunta estrategias y acciones que incluyen la promoción de usos más seguros de SPA, la abstinencia y la priorización de cada individuo. Los abordajes listados en el apartado anterior pueden enmarcarse en la RRyD.

La Coalición Nacional de Reducción de Daños de Estados Unidos (NHRC por sus siglas en inglés), compila una serie de principios que consideramos oportunos retomar. La RRyD:

- Acepta que el uso de drogas existe y trabaja para minimizar los efectos adversos en lugar de ignorarlos o rechazarlos,
- Entiende que el uso de drogas es un fenómeno complejo y multifacético que incluye comportamientos desde la abstinencia hasta la dependencia y reconoce que existen métodos más seguros de usar drogas,
- Prioriza el bienestar individual y comunitario (sin implicar abstinencia) como un criterio para intervenciones exitosas,
- Aboga por una provisión de servicios e información a PUD y las comunidades sin estigmas o imposiciones,
- Promueve que las PUD participen en la creación e implementación de programas, intervenciones y actividades,

- Reconoce a las PUD como agentes principales de reducción de riesgos de su propio uso de SPA,
- Reconoce que las realidades relacionadas con clase, género, racismo, discriminación, trauma y otras desigualdades pueden afectar la capacidad de las personas para adoptar prácticas de reducción de riesgos y daños, y
- No pretende minimizar o ignorar los daños y peligros asociados con el uso de drogas declaradas ilegales. (National Harm Reduction Coalition, 2020)

Desde la sociedad civil en América Latina se ha propuesto la Reducción de riesgos y daños de espectro completo, que además de incluir una perspectiva estrictamente salubrista, se posiciona políticamente ante los marcos regulatorios actuales y sus consecuencias, reconociendo que los daños no solo se ven reflejados en la salud individual de las personas usuarias de sustancias, sino también en los daños sociales, culturales, económicos y comunitarios (ReverdeSer Colectivo, 2023).

CONTINUUM DEL USO DE DROGAS

El término indica que el consumo de sustancias psicoactivas puede ser entendido como un espectro o una escala, en lugar de una dicotomía de “uso” o “abuso”. Reconoce que hay una variedad de patrones de consumo de drogas, desde el uso ocasional y controlado hasta el uso problemático o la dependencia.

En lugar de considerar el uso de drogas como algo completamente separado entre el uso moderado y el uso intenso, el continuum del uso de drogas sugiere que hay diferentes niveles de intensidad en el consumo y que las personas pueden moverse a lo largo de este espectro a lo largo del tiempo, motivadas por diversos factores. Esto permite una comprensión integral de los patrones de consumo, mientras que facilita la identificación de intervenciones y apoyos adecuados en función de las necesidades individuales.

Los resultados del estudio realizado por Paquette et al. (2022) sugieren que la mayoría de las personas que presentan dependencias tienen objetivos que no necesariamente incluyen la abstinencia, por lo que plantearla como una opción entre varias (como espaciar los usos, reducir las dosis o sustituir las sustancias por otras) puede resultar en que las personas participen voluntariamente en los tratamientos y se adhieran exitosamente a estos. Cualquiera de las metas deben ser definidas por la persona usuaria. Una intervención o actividad en relación con la transformación en los hábitos de uso de sustancias debe evitar imponer expectativas. Se ha observado que las personas con formas de dependencia leves o moderadas o usos problemáticos moderados (en intensidad o en duración) han experimentado mayores beneficios de abordajes no centrados en la abstinencia (Paquette et al., 2022).

TIPOS DE USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Uso experimental

Se refiere a los primeros contactos con las SPA en los que las personas evalúan los efectos percibidos. A partir de estas experiencias las personas deciden si continúan el uso de la sustancia o no.

Uso recreativo o social

Se refiere al contexto e intención de uso, en donde las personas buscan sensaciones particulares para interactuar en espacios de ocio, fiesta y convivencia.

Uso ocasional

Indica una frecuencia baja de uso. Entre las sesiones de consumo suele haber periodos amplios de abstinencia.

Uso habitual

Se presenta con mayor frecuencia en el tiempo, ampliando el número de contextos en los que el uso de sustancias ocurre. Quienes tienen usos habituales de sustancias pueden presentar tolerancias físicas que conducen a un incremento de la dosis o de la frecuencia de uso, además de percibir los efectos adversos asociados a las sustancias o formas de administración.

Uso problemático

Además de presentar una mayor frecuencia o cantidad de uso, describe un patrón de uso que afecta la salud física y mental de las personas, teniendo impactos en su vida personal, laboral o familiar. Además, las personas pueden adquirir tolerancia y sentir malestar físico y mental en periodos donde la sustancia no se usa. Este malestar es conocido como síndrome de abstinencia.

Automedicación o autocuidado

Las sustancias psicoactivas pueden ser usadas como automedicación ante situaciones o condiciones de salud física y mental. Algunas sustancias ofrecen alivio psicológico y otras alivian dolores físicos. Este factor, vinculado a otras condiciones de vulnerabilidad que las personas puedan experimentar, merece especial atención para ofrecer atención integral a la salud, más allá del uso de sustancias psicoactivas.

Dependencia

Se entiende como el uso crónico de la sustancia, caracterizado por un deseo constante de administrarla para percibir sus efectos y aliviar posible síndrome de abstinencia.

POLICONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Este término describe el patrón de consumo de más de una sustancia psicoactiva en diferentes sesiones de uso (es decir, alternar sustancias en espacios diferenciados) o en una sola (es decir, usar diferentes sustancias en simultáneo). El policonsumo contempla sustancias legales e ilegales. Se ha encontrado que el policonsumo simultáneo puede estar asociado a mayores riesgos sociales y de salud, además de ser prácticas comunes con diversos rangos de riesgo según las mezclas, los entornos y la frecuencia con que se presente el policonsumo (Del Valle Vera, 2022).

Es común encontrar policonsumos entre PUD. Usar metanfetamina o fentanilo y alcohol u otra sustancia con mayor prevalencia de uso como la cannabis, indistintamente de si ocurre en una sesión o en dos diferentes, constituye un patrón de policonsumo. En este sentido, para quienes proveen servicios sociosanitarios es relevante conocer qué otras sustancias usan o han usado las PUD, sus posibles interacciones toxicológicas y los factores psicosociales en los que estos patrones se presentan para ofrecer una atención integral a las personas.

Habiendo identificado los principios orientadores de la RRYD, corresponde observar cómo se presentan los usos de metanfetamina y fentanilo en México, permitiéndonos idear estrategias de respuesta sociosanitaria que respondan adecuadamente a las necesidades de las personas usuarias en los contextos en los que se encuentran.

Las SPA son usadas de múltiples formas a lo largo de la vida de las personas, respondiendo a cambios de ambiente, edad, grupos sociales, trabajo, salud e incluso gustos. Cuando se plantea la abstinencia como única alternativa o como obligación, se elevan los umbrales de acceso a servicios de acompañamiento y atención en salud. Si los umbrales se elevan, una gran proporción de personas que podrían verse beneficiadas de diferentes estrategias para desescalar los usos de sustancias y prevenir usos problemáticos, podría quedar excluida de los servicios.

En el marco de la RRYD se propone la tríada sustancia, set y setting para conocer, interpretar e intervenir los usos de SPA. En lugar de enfocarse exclusivamente en la sustancia y su potencial toxicidad, se incluye en el panorama a la persona y su entorno. El set se refiere a las condiciones emocionales, mentales y físicas de la persona (mindset). El setting se refiere al escenario, el lugar o el espacio físico en donde la persona va a consumir la sustancia. Para cada uno de los componentes se buscan condiciones idóneas de seguridad y salud, aunque no siempre sea posible alcanzarlas para las PUD.

Sustancia	Set	Setting
Tipo Frecuencia Cantidad Vía de administración Mezcla con otras sustancias	Salud mental Salud física Motivos de uso Efectos deseados Experiencias previas Conocimiento adquirido Edad Género	Tipo de espacio Compañía Hora del día Cambios de lugar o de compañía Presencia o ausencia de autoridades Seguridad o Inseguridad

Ahora bien, después de observar las complejidades del uso de SPA y las correspondientes complejidades en los abordajes, corresponde aterrizarlas a los casos que propone esta Guía: metanfetamina y fentanilo.



LA METANFETAMINA Y FENTANILO EN MÉXICO



La oportunidad para formular esta Guía Técnica proviene del aumento en el uso de metanfetamina durante la última década y de la introducción de fentanilo en el mercado ilegalizado de sustancias psicoactivas en México, junto con la voluntad de enfrentar la situación desde una perspectiva de salud y reducción de riesgos y daños. Si bien ambos fenómenos presentan particularidades, desde la caracterización de cada sustancia (sus efectos, formas y contextos de uso, población) hasta las dimensiones, (prevalencias de uso y reportes de intoxicación bastante diversos), tienen en común que se trata de alarmas en la salud pública que deben ser abordadas urgente y oportunamente. Para facilitar la comprensión de ambos fenómenos, ambas sustancias serán abordadas por separado en esta sección.

A. METANFETAMINA

¿Qué es la metanfetamina?

La metanfetamina es una sustancia psicoactiva sintética que estimula el sistema nervioso central y el cerebro a través de la liberación de dopamina. Tiene la apariencia de pequeños cristales y un sabor muy amargo. Por sus efectos se clasifica como una sustancia estimulante, ya que induce a estados de alerta, alta energía y desinhibición, entre otros. Los efectos pueden percibirse entre 6 y 24 horas, aunque el bajón puede extenderse por un periodo más largo. Por su composición química, se ha clasificado dentro del grupo de estimulantes de tipo anfetamínico (ATS por sus siglas en inglés), y este grupo está conformado por otras sustancias legales e ilegales que comparten la misma base molecular. Dentro de este grupo las sustancias más relevantes son el MDMA, las anfetaminas y la metanfetamina. Las dos últimas suelen ser agrupadas en encuestas, análisis y reportes, por lo que es usual que en algunos documentos se usen de forma intercambiada o general (Transform Drug Policy Foundation, 2020 p.141)

La metanfetamina se puede elaborar con ingredientes económicos de venta libre, como la efedrina u otros químicos precursores (NIDA, 2019). La clandestinidad permite que su proceso de fabricación sea altamente adaptable para continuar en el mercado, aun cuando se restringen algunos de sus insumos. Esto, a su vez, hace que conocer la composición exacta de una muestra de metanfetamina sea imposible sin los análisis de laboratorio adecuados.

¿Por qué los usos de metanfetamina requieren atención?

Por un lado, el uso de metanfetamina tiene efectos adversos que pueden conducir a complicaciones en la salud física y mental de las PUD. Aunado a esto, el uso de metanfetamina se ha diseminado ampliamente por todo el territorio, convirtiéndose en un problema de salud pública para el cual es oportuno construir herramientas de prevención, acompañamiento y provisión de servicios adecuados para responder a las necesidades de las personas usuarias.

Las primeras acciones de control en contra de la producción de metanfetamina se tomaron desde el 2008, cuando se limitó la venta de pseudoefedrina y efedrina en los medicamentos para la congestión nasal (Fernández y Sánchez, 2009). A pesar de estos esfuerzos, la oferta ha permanecido y la demanda no ha sido reducida. Por el contrario, la prevalencia de uso y el desarrollo de usos problemáticos han ido en aumento: la demanda de tratamientos por estimulantes de tipo anfetamínico incrementó en 218% durante los últimos cinco años (Secretaría de Salud,

2023). Para el 2022, 46.2% de los tratamientos por uso de SPA se relacionaron con el uso de ATS, superando ampliamente al alcohol (24.6%) y la marihuana (13.3%) (Secretaría de Salud, 2023). Adicionalmente, la metanfetamina se convirtió en la principal sustancia de consumo problemático en 21 estados (OMSMCD, 2022). Su uso inició en el noreste del país, pero pasó a ser la sustancia de mayor impacto en todo el territorio (Secretaría de Salud, 2023).

Habiendo dimensionado el alcance de la metanfetamina en el territorio, corresponde exponer por qué es un problema de salud pública que tantas personas usen esta sustancia.

¿Cuáles son los efectos de la metanfetamina?

Lo que buscan las PUD	Otros efectos asociados	Efectos adversos
Mejor sociabilidad Facilidad para entablar conversaciones Sentimiento de euforia Reducción del cansancio Aumento de la energía Aumento de la seguridad en sí mismo/a Estado de alerta y agudeza mental Aumento en el rendimiento sexual	Exceso de autoconfianza Disminución del apetito Boca seca Rigidez o dificultad para moverse Comportamientos repetitivos Sudoración Aumento en la frecuencia cardiaca Pupilas dilatadas	Comportamientos de riesgo o de agresividad Bruxismo o rigidez en la mandíbula Ansiedad Paranoia Dolor de cabeza Agitación, inquietud Insomnio Náusea Hipertermia Alteración del ciclo menstrual Brotes psicóticos

Elaboración propia con datos de Transform Drug Policy Foundation (2020) y Energy Control (2021).

Como todo lo que sube debe bajar, en el *bajón* de los efectos de la metanfetamina se perciben sensaciones como letargo, ansiedad y depresión. Esta incomodidad, junto con el deseo de volver a sentir el *rush*, puede ocasionar redosificación compulsiva, extendiendo el uso y aumentando la probabilidad de experimentar efectos adversos con mayor intensidad y otros riesgos que serán explorados más adelante.

Comprender los efectos de la metanfetamina, entendiendo que hay efectos deseados y adversos (en lugar de positivos y negativos) nos ayuda a construir panoramas de uso en comunidades específicas, a la vez que puede ser un punto de partida para acompañar procesos individuales. Los efectos de la metanfetamina pueden variar de acuerdo a la vía de administración y a la dosificación. Ambas variables, además, pueden acarrear riesgos a la salud y vida de las personas.

¿Quiénes y cómo usan metanfetamina en México?

Uso en contextos de trabajo industrial o jornal

El consumo de metanfetamina en jornadas laborales extensas es un fenómeno presente en México, teniendo mayor prevalencia entre trabajadores de sectores como el transporte de carga,

la industria maquiladora y el trabajo sexual. Conductores de vehículos de carga, quienes pasan largas horas en la carretera para cumplir con sus entregas, a menudo recurren a la metanfetamina para mantenerse despiertos y alerta durante sus largos trayectos.

Asimismo, las personas trabajadoras en las maquilas, sometidas a jornadas laborales agotadoras y monótonas, pueden ver el uso de metanfetamina como una forma de aumentar su rendimiento y resistencia física.

En los grupos focales y entrevistas de investigación para la elaboración de esta guía, las personas usuarias reconocieron el uso de metanfetamina como estrategia para aguantar jornadas largas. La metanfetamina puede ser utilizada como un medio para afrontar las largas horas de trabajo y para lidiar con situaciones de riesgo y posibles violencias en su entorno laboral.

Uso en personas jóvenes y menores de edad

El consumo de metanfetamina entre personas jóvenes o menores de edad representa un fenómeno que puede ser influenciado por diversos factores sociales, emocionales y ambientales. Para muchas personas jóvenes, el consumo de metanfetamina u otras sustancias como el alcohol, puede ser percibido como una forma de pertenencia a un grupo social, especialmente en entornos donde el uso está asociado con ciertos estilos de vida. La edad de inicio de uso de SPA presentó amplia variación en los grupos focales, encuesta y entrevistas realizadas para la Guía Técnica. Las personas resaltan que su consumo de sustancias empezó con el alcohol pero que, con el tiempo y la incorporación de distintas prácticas, iniciaron el uso de metanfetamina y otras sustancias tanto legales como ilegalizadas.

En algunos casos, el consumo de metanfetamina puede surgir como resultado de la presión de grupo, donde personas jóvenes se sienten obligadas a participar en actividades relacionadas con las sustancias para ser aceptadas por sus pares. La necesidad de pertenecer y encajar dentro de un grupo puede llevar a algunos jóvenes a experimentar con SPA, empezando con el alcohol, pero incluyendo las metanfetamina, como una forma de ganar aceptación.

No obstante, las edades y motivos de inicio de uso de metanfetamina pueden variar de acuerdo con condiciones sociales de vulnerabilidad y género de las personas jóvenes. En un intento por escapar de las presiones sociales, el estrés académico o los problemas familiares, algunas personas jóvenes pueden recurrir al consumo de metanfetamina como vía para experimentar emociones intensas y aliviar temporalmente sus preocupaciones. Esto puede interpretarse como un consumo por automedicación o autocuidado y para atenderlo puede ser necesaria la articulación con servicios especializados de salud que atiendan las causas subyacentes.

Cuando la información o educación sobre SPA se basa en el miedo y el estigma, las personas jóvenes desconfían del contenido y desafían su veracidad, lo que puede generar consecuencias en la toma de decisiones. La educación sobre drogas debe basarse en la evidencia; honesta, sin minimizar, ni exagerar los daños de las sustancias, entendiendo que cada una es distinta; interactiva y dinámica; reconociendo que muchas personas jóvenes tienen seres queridos que han sido afectadas por las sustancias o por las políticas de drogas o ellas mismas tienen una relación con las sustancias (Fischer, 2022).

Uso en mujeres

El uso de metanfetamina en mujeres está atravesado por diversos factores como las condiciones socioeconómicas, las normas de género y las trayectorias individuales. Comprender los patrones y dinámicas del uso de metanfetamina en esta población es crucial para desarrollar estrategias efectivas de prevención e intervención sensibles, específicas y efectivas. La participación de las mujeres en el uso de metanfetamina se ha documentado en diferentes grupos sociodemográficos, algunos estudios indican una prevalencia significativa de uso de metanfetamina entre mujeres que ejercen trabajo sexual, quienes se ven expuestas a violencias físicas y sexuales, empobrecimiento, prácticas sexuales de riesgo y discriminación y revictimización de parte de cuerpos médicos y policiales (Conners et al., 2018, Ospina-Escobar, 2023). Se ha identificado una correlación entre el uso de sustancias como la metanfetamina y la circulación en contextos de profunda vulnerabilidad. Esta relación hace urgente la necesidad de abordar las demás áreas de la vida como vivienda, seguridad, salud y los cuidados para generar condiciones en las que el impacto del uso de metanfetamina pueda ser abordado.

Mujeres de diversos contextos, profesiones y grupos de edad participan en el uso de metanfetamina. Las respondientes de la encuesta, grupos focales y entrevistas declararon diversas formas de inicio en el consumo: para mantenerse delgadas, para mantenerse despiertas en contextos de ocio nocturno, trabajo nocturno o estudios y para convivir con sus parejas y pares. Ampliando la diversidad de historias: las mujeres también han encontrado diversión y disfrute en el uso de la sustancia. No todas declararon un uso problemático de la sustancia; sin embargo, algunas lo han identificado cuando la frecuencia de uso aumenta, se mantiene alta e impacta otras áreas de sus vidas incluyendo el ejercicio de responsabilidades laborales o de cuidado y salud física y mental. Los contextos de uso de metanfetamina en mujeres también siguen tendencias, siendo el lugar de residencia el sitio preferido para administrar la sustancia. Suele ocurrir en solitario, según las respondientes de la encuesta, pero también en compañía de parejas sexuales o sentimentales o amistades.

La elección de los métodos de administración varía entre las mujeres que usan metanfetamina. Fumar, inhalar e ingerir son vías comunes, cada una asociada con patrones de uso distintos. La vía fumada representa amplia prevalencia con estudios que informan altas tasas de consumo de metanfetamina mediante esta vía entre las mujeres (Loza et al., 2020). Entre las respondientes de la encuesta se reflejó esta tendencia, seguida de la vía esnifada (nasal) como segunda vía más frecuente entre mujeres. La elección de la administración puede estar influenciada por factores como la accesibilidad, la familiaridad y los efectos percibidos, dando forma al diverso panorama del uso de metanfetamina en mujeres.

Las normas de género y las expectativas culturales desempeñan un papel significativo en la configuración de las experiencias de las mujeres con el uso de metanfetamina. En México, donde se enfatizan los roles de cuidado y entrega para las mujeres, participar en el consumo de sustancias puede percibirse como una desviación del comportamiento esperado y generar estigmas en triple medida: en tanto mujeres, usuarias de sustancias psicoactivas y cuidadoras -bien sea de infancias o de personas de la tercera edad-. Por otro lado, las mujeres pueden rechazar estas normas, participando en comportamientos arriesgados, incluido el uso de sustancias, como expresión de autonomía y agencia.

Abordar el uso de SPA y acceder a espacios diseñados para las necesidades específicas de las mujeres que usan metanfetamina se ha convertido en todo un desafío. El uso de metanfetamina en mujeres implica una compleja interacción entre historias individuales, influencias socioculturales y factores estructurales. Reconocer esta complejidad es vital para desarrollar intervenciones dirigidas que aborden las necesidades y desafíos específicos enfrentados por las mujeres en diferentes contextos.

Uso en encuentros sexuales

Chemsex es un término que se utiliza para describir el consumo de sustancias psicoactivas durante encuentros sexuales. Algunas personas incluyen sustancias psicoactivas con el objetivo de intensificar la experiencia sexual, aumentar la desinhibición y reducir las inhibiciones sociales. Una de las sustancias que más comúnmente se asocia a las prácticas *chemsex* es la metanfetamina. En México, como en otros lugares del mundo, el *chemsex* puede ocurrir en diversas comunidades y contextos, incluyendo entre hombres que tienen sexo con hombres (HSH), que suele ser la comunidad en donde más se visibiliza, dialoga y comparte acerca de estas prácticas.

En esta práctica y población es relevante hacer énfasis en la variedad de trayectorias, no sin dejar de mencionar que en el uso de metanfetamina en encuentros sexuales entre HSH coexisten tanto las experiencias placenteras como los efectos adversos derivados del uso de la sustancia.

Entre las personas respondientes para la investigación que respalda esta Guía, se encontró una alta representatividad de usos de metanfetamina entre HSH en los encuentros sexuales, siendo este contexto uno de los más comunes de iniciación del consumo en esta población: a través de una pareja sexual o sentimental. Si bien algunos HSH describieron que su uso de metanfetamina exclusivamente para encuentros sexuales se siente autorregulado, un mayor número de respondientes afirmaron que el uso de metanfetamina ha desbordado este contexto y ha impactado otras áreas de sus vidas.

Los perfiles demográficos de los HSH que usan metanfetamina en encuentros sexuales también son altamente variables, por lo que el énfasis en priorizar a la persona y a su historia de vida se mantiene incluso en esta población a la que usualmente se hace referencia como comunidad.

En cuanto a usos problemáticos de la sustancia, los respondientes reconocieron la frecuencia de uso, la intensidad de los *cravings*, afectaciones en la salud física (oral-bucal, baja de peso, poco sueño y poco apetito), en la salud mental (paranoia, episodios depresivos) y en el entorno familiar, laboral, estudiantil que impidieron un desarrollo normal de la vida. El incremento en la frecuencia de uso se ha visto influenciado por los entornos sociales en los que los respondientes transitan: sus amistades y parejas usan la sustancia, mantienen una relación cercana con su proveedor de sustancias o se encuentran en situaciones de vida donde no hay motivaciones para regular el uso de metanfetamina.

Así mismo, el uso de metanfetamina también se ha relacionado con el involucramiento en conductas sexuales de riesgo, estando presente la transmisión de VIH y otras infecciones de transmisión sexual, incluida la Hepatitis B. En cuestión de tratamientos antirretrovirales para el VIH y antibióticos para otras infecciones, las personas expresaron preocupación sobre la interacción entre los medicamentos y las sustancias psicoactivas como la metanfetamina.

La tendencia hacia conductas de riesgo se ve reflejada en las vías de administración más frecuentes entre los respondientes: seguida de la vía fumada, se encuentran la inyectada vía intravenosa y la anal. Estas vías también conllevan riesgos relacionados con la transmisión de infecciones por uso compartido de agujas y lesiones en la piel. Los informantes declaran que la preferencia por estos métodos de administración tiene relación con la potencia, velocidad y tipo de efectos percibidos al usar la sustancia; además de que algunas personas encuentran placer a través del acto de la inyección, por lo que incentivar el uso de otras vías se convierte tanto en necesidad como desafío.

Los contextos de uso más frecuentes entre HSH son en fiestas previas a los encuentros sexuales o antes y durante los encuentros sexuales, incluyendo lugares de ocio nocturno, hoteles o residencias donde se lleven a cabo estas actividades. Al tratarse de un uso de metanfetamina que ocurre en compañía, los participantes afirmaron que a través de la experiencia han aprendido a sobrellevar colectivamente algunos de los efectos de la sustancia auxiliando a una persona que sienta paranoia, o debilidad física por falta de alimento⁶ y descanso⁷.

El diseño de estrategias para abordar los consumos de metanfetamina en HSH debe comprender las formas particulares de la sexualidad que pueden existir en esta población. Los respondientes afirmaron que el ejercicio de su sexualidad y el uso de metanfetamina están estrechamente ligados y, para algunos, son inseparables.

Uso en comunidades indígenas

Aunque no se cuenta con cifras de prevalencia del uso de sustancias psicoactivas entre comunidades indígenas de México, se han encendido las alarmas en la prensa (Valenzuela, 2023; Rubio, 2023; CID, 2021) sobre cómo el uso de estas, en particular el alcohol y las metanfetamina, han incrementado entre personas jóvenes.

Se narra cómo el uso de metanfetamina entre personas Yaqui ha transformado la vida comunitaria, acompañado de la urbanización y la violencia armada (Alvarez, 2021). La precarización de los pueblos indígenas ha reducido las opciones de atención que las personas podrían recibir en cuanto a educación, vivienda y salud. En conjunto con las injusticias a las que se enfrentan en materia de autonomía, violencia y conservación de los territorios, se crean vulnerabilidades en las que el uso de metanfetamina es responsabilizado por ocasionar rupturas en el tejido social de las comunidades indígenas (“Indígenas De Chiapas Se Manifiestan Contra La Venta De Drogas Y Alcohol,” 2023).

Vale la pena mencionar los esfuerzos desde los mismos pueblos originarios para abordar los usos de metanfetamina: entre el pueblo Yaqui se han adoptado terapias con medicinas psicodélicas ancestrales como el peyote, la ayahuasca y el sapo bufo para tratar los trastornos de uso de sustancias, dando origen a una clínica que ofrece tratamientos integrales (Coppel & Moyao, 2023). La visión de la persona como un todo físico, emocional, mental, espiritual y comunitario debe ser uno de los principios que se retomen para el abordaje del uso de sustancias, tanto dentro de las comunidades indígenas como fuera.

6 No solo causado por la reducción del apetito como efecto de la metanfetamina, sino por la preferencia de algunos HSH por no ingerir alimentos en el ejercicio de su rol sexual.

7 Los HSH informaron que en ocasiones estos encuentros pueden extenderse durante 3 a 4 días, donde el uso de metanfetamina provee la energía para llevarlos a cabo, aunque, a su vez, agudiza algunos efectos adversos dada la alta frecuencia de uso en periodos cortos.

Sin duda es necesaria una exploración sobre los modos en los que la metanfetamina se usa entre las comunidades indígenas de México, sobre sus efectos individuales y sociales y sobre las formas más oportunas para el abordaje de salud, todo en articulación con la comunidad y sus necesidades.

Dosificación de la metanfetamina

En los párrafos anteriores se caracterizaron algunas poblaciones clave y las formas de administración de metanfetamina más frecuentes. En este apartado corresponde explorarlas desde una perspectiva de RRD.

Los efectos de la metanfetamina varían de acuerdo con la cantidad que se use, la vía por la que se administre, la tolerancia de la persona usuaria, la pureza de la sustancia y el *set y setting*.

La metanfetamina se caracteriza por ser una sustancia particularmente potente ya que contiene un grupo metilo que permite que su absorción ocurra más rápida y fácilmente que otras anfetaminas (Dance Safe, 2023). Por esta razón, las dosis son mínimas y varían de acuerdo con las vías de administración:

Dosis	Oral	Esnifada	Fumada	Inyectada
Baja	5-10 mg	5-15 mg	5-10 mg	5-10 mg
Media	10-20 mg	10-30 mg	10-30 mg	10-30 mg
Alta	20-40 mg	30-50 mg	30-50 mg	30-50 mg
Muy alta (o con tolerancia)	+50 mg	+50 mg	+50 mg	+50 mg

Información extraída de Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (2021)

Si bien no es sensato pretender que las personas tengan a su disposición una gramera, esta tabla funciona como orientación en dos sentidos:

- Por vía fumada o inyectada la metanfetamina puede ser más potente (Dance Safe, 2023), por lo que se puede recomendar administrar dosis menores si se usan estas vías.
- Un gramo equivale a mil miligramos. Es decir que para administrar dosis de 40mg, un gramo de metanfetamina debe dividirse en alrededor de 25 partes. Si una persona usuaria adquiere un globo que contiene 250mg, se puede recomendar que se divida en diez dosis. Si bien no es posible conocer la cantidad de la sustancia activa, dimensionar la cantidad de dosis puede ayudar a una persona usuaria a reconocer si en su uso cotidiano administra sustancia de más.

Redosificación

Dada la potencia de la metanfetamina y su bajo umbral de consumo seguro, se recomienda no redosificar. No obstante, algunas PUD prefieren hacerlo para extender los efectos de la sustancia

o como forma de participar en los entornos sociales en los que la usan. En este sentido, se puede orientar para reducir riesgos:

- Separar la cantidad de metanfetamina que se usará en un día, fiesta, encuentro sexual o sesión de uso y dividirlo en secciones menores. De esta manera, se puede evitar sobredosificación mientras se administra repetidamente.
- Separar la cantidad de dinero que será destinado para adquirir la sustancia.
- Esperar entre 4 y 6 horas para readministrar la sustancia.

Sobreestimulación - Overamping

En el marco de la RRYD, se conoce como overamping a la sobredosificación de estimulantes, incluida la metanfetamina. Se habla de overamping cuando los efectos de la sustancia son molestos, insoportables o peligrosos, tanto a nivel mental como físico. Puede representar riesgos para el bienestar de las PUD, pero no necesariamente la muerte. En términos más amplios, se puede equiparar a una sobredosificación, aunque esta se refiere principalmente a opioides. Es conveniente usar términos particulares para causas y sintomatologías particulares.

La sobreestimulación puede ocurrir por diversas causas:

- Dosificaciones más altas de acostumbradas,
- Usar estimulantes durante días seguidos,
- Cambio en la vía de administración, y
- Salud física: poco sueño, poco alimento, interacciones con medicamentos o con condiciones de salud.

Dada la variedad de factores que pueden intervenir en estos episodios, no todos representan una amenaza directa a la vida de la persona usuaria. Conviene, en este sentido, reconocer la sintomatología y mecanismos de respuesta disponibles:

Cuando la sobreestimulación NO es una emergencia, se puede realizar un acompañamiento entre pares para monitorear los síntomas y asegurar el bienestar de las personas (Morano, 2022). Conviene que las personas no usen metanfetamina solas, reconozcan los síntomas en su propio organismo, a la vez que en sus pares.

Síntomas	Estrategias de acompañamiento durante y después
Confusión, pánico, alucinaciones, paranoia extrema, agitación extrema, agresividad, corazón muy acelerado, incapacidad para quedarse quieto/a.	<ul style="list-style-type: none"> • Suspender el uso de la sustancia. • Hidratación (agua o bebida con electrolitos), comida, descanso, refrescarse con una bolsa de hielo o un ventilador, proveer un ambiente tranquilo, ejercicios de respiración. • Tomar suplementos de magnesio para reducir la rigidez muscular. • Tomar té de hierbas para ayudar a conciliar el sueño. <p>Algunas personas con experiencias de paranoia y alucinaciones recurren a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antes de iniciar el consumo, fijar un “punto de realidad” como una lámpara, una puerta o una ventana que pueda ayudar a mantener un contacto con la realidad en caso de alucinaciones.

	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar afirmaciones para reducir el impacto de las voces internas: “estoy en un espacio seguro”, “esta sensación disminuirá”, “no estoy siendo vigilado/a y/o perseguido/a”. • Practicar la empatía y auxiliar con serenidad y sin juicios a las personas que lo necesiten. • No usar solo/a. En caso de hacerlo, tener un teléfono a la mano o buscar ayuda en el entorno cercano.
--	--

Cuando la sobreestimulación es una emergencia, es necesario llamar a servicios de urgencia lo más pronto posible (Morano, 2022). Es por esto, que conviene que las personas no usen metanfetamina solas, reconozcan los síntomas en su propio organismo, a la vez que en sus pares.

Síntomas	Estrategias de acompañamiento durante y después
Sobrecalentamiento (temperatura mayor a 40°C), ataque cardíaco (dolor en el pecho, sudoración intensa), derrame cerebral (adormecimiento o pérdida de control de alguna parte del cuerpo), convulsiones.	<ul style="list-style-type: none"> • No usar solo/a. En caso de hacerlo, tener un teléfono a la mano o buscar ayuda en el entorno cercano. • Llamar inmediatamente al 911 • Trasladar a la persona a un servicio de urgencias⁶

⁶ Para acompañar la intervención médica y tomar decisiones en el centro médico, es necesario contactar a un/a familiar de la persona que recibe asistencia.

B. FENTANILO

¿Qué es el fentanilo?

Es un opioide cincuenta veces más potente que la heroína y cien veces más potente que la morfina. Fue desarrollado para una administración transdérmica para aliviar el dolor y ser un analgésico intraoperatorio. Se ha reconocido que cuando es usado de manera controlada, es una de las herramientas más importantes para aliviar el dolor incluso en usos de cuidados paliativos y puede ser aún más eficaz que la morfina (Manirakiza, et al., 2020). Posterior a su éxito en el mundo médico, laboratorios ilegales empezaron a producir análogos del fentanilo en China. Por su color blanco y lugar de origen, le llamaron nombre “China-White” a la droga para uso en los mercados ilegales. En los años ochenta, se registró un aumento en sobredosis por la sustancia (Martin et al., 1991). La reacción desde Estados Unidos fue agregar al fentanilo a la lista II de su Listado de Sustancias Controladas para intentar bajar los daños del consumo ilegal de la sustancia (Polkis, 1991).

Fue hasta veinte años después que la crisis de sobredosis y muertes por depresiones respiratorias realmente empezó a dispararse en Estados Unidos, siendo un adulterante importante en el mercado de la heroína y de otros opioides sintéticos que tenían una demanda creciente por la sobre-prescripción de pastillas como el OxyContin y Percocet (Meier, 2018). Cuando las personas tuvieron que recurrir al mercado ilegal porque se restringieron las prescripciones con regulaciones gubernamentales, grupos del crimen organizado empezaron a cubrir la demanda con fentanilo producido clandestinamente.

Por lo compacto que es el fentanilo, fue bastante sencillo enviar paquetes pequeños por correo postal o por los puertos en el oeste de Estados Unidos desde China. Según analistas, China fue la principal, tal vez única, fuente de fentanilo hacia Estados Unidos durante años (Pérez e Ibarrola 2023). Se proponen dos razones para explicar la entrada de grupos mexicanos a este negocio, además de lo rentable que puede ser: 1. que el gobierno chino, junto con la comunidad internacional, empezó a implementar medidas de control más fuertes sobre el comercio ilegal del fentanilo y 2. que la pandemia del COVID-19 disrumpe las cadenas de suministro (UNODC, 2022) y con eso, los grupos mexicanos aprovecharon la oportunidad de “nearshoring”(Pérez e Ibarrola, 2023) para comenzar sus operaciones en el negocio del fentanilo hacia Estados Unidos.

Desde entonces, México se ha posicionado como el gran productor y exportador de fentanilo, con 1206 laboratorios clandestinos siendo desmantelados entre diciembre 2019 y marzo de 2023 (salazar, 2023) y un aumento sustancial de incautaciones por parte de la Secretaría de Defensa Nacional (SEDENA) desde 2016 cuando se incautó 15 kilos de y 2022 cuando fue 1,861 kilos (Pérez e Ibarrola, 2023).

La demanda de fentanilo en América Latina se ha concentrado en el norte de México. Aún no existen pruebas de su uso generalizado en otros países de la región. Esto puede ser por la cercanía a Estados Unidos, es posible que la demanda mexicana provenga de la desviación de exportaciones al país del norte (Gottesdiener y O’Boyle 2024). También puede explicarse por el bajo consumo de opioides en la región en general (Voss, 2023) o porque la demanda de opioides en ciertos países se satisface por el mercado interno de heroína, como es el caso de Colombia (Échele Cabeza, 2024).

¿Por qué los usos de fentanilo requieren atención?

No es claro aún que en el país se consuma fentanilo por elección. Únicamente se sabe que las sobredosis por fentanilo han ocurrido principalmente en ciudades fronterizas de México, como Mexicali, Tijuana, Hermosillo, Ciudad Juárez y Culiacán (Graham, 2024). El fentanilo causante de estas sobredosis es un opioide sintético encontrado como sustituto u adulterante de la heroína, distinto del fentanilo médico -usado como anestésico para aliviar el dolor eruptivo y agudo (Arredondo Sánchez Lira et al., 2022).

El fentanilo de calle se consigue en el mercado ilegal y normalmente es producido en laboratorios clandestinos. La información que se tiene sobre él es aún emergente, por lo que organizaciones civiles mexicanas están liderando las primeras investigaciones e intervenciones de reducción de daños a partir de la experiencia estadounidense y canadiense, adaptadas al contexto de México. Personal académico empieza a investigar sobre la relación del fentanilo con grupos del crimen

organizado y la reconfiguración de las mismas con los cambios en las dinámicas de los mercados ilegales (Pérez e Ibarrola, 2023). En el libro *Cuqueando la Chiva* (2019), el consumo de fentanilo aún no sobresalía en México, pero existían algunas nociones de su existencia por parte de la población usuaria (Fleiz-Bautista et al., 2019). Esto fue subrayado en los instrumentos que respaldan esta Guía Técnica, donde personas entrevistadas dijeron haber estado en contacto con el fentanilo desde 2006 en México, gracias a turistas estadounidenses o por haberlo consumido en Estados Unidos y sintiendo efectos similares a los de la heroína.

Dado que la presencia de fentanilo en el mercado mexicano de drogas ilegales es relativamente nueva, focalizada y reciente, la información sobre sus dinámicas particulares, consecuencias y prevalencia está siendo construida. Por este motivo, tampoco es claro que se trate de una crisis. Los casos estadounidenses y canadienses de sobredosis fatales nos pueden indicar las dimensiones que el fenómeno desatendido puede tener, sin embargo, estas ocurren en contextos de alta demanda de opioides. Lo que se puede asegurar es que el fentanilo como adulterante o sustituto en la heroína, por su potencia, puede ocasionar muertes por sobredosificación accidental si una persona usuaria no conoce el contenido de la sustancia y el episodio no es atendido a tiempo.

Como una medida para afrontar la crisis de sobredosis, Estados Unidos permite y fomenta la venta sin receta de la naloxona –un medicamento capaz de revertir las sobredosis de opioides–. Este puede ser administrado por cualquier persona que identifique una sobredosis y no tiene efectos secundarios. Existen guías en línea y talleres comunitarios sobre cómo apoyar con ayuda del fármaco.

La prohibición de la naloxona agudizó la escasez de metadona, cuya producción se detuvo en 2023 e interrumpió el tratamiento de cientos de personas usuarias que regresaron al consumo de opioides producidos en el mercado ilegal, donde ahora existe el fentanilo como suplantador o adulterante (Strathdee et al., 2023). La metadona es un medicamento utilizado en el tratamiento de la dependencia de opioides. Funciona al ocupar los mismos receptores en el cerebro que los opioides, pero de una manera más controlada y sin producir un estado de euforia. Ayuda a reducir síntomas de abstinencia, permitiendo que las personas puedan funcionar de manera más estable en su vida cotidiana. Se administra generalmente en forma líquida y se toma una vez al día en centros especializados bajo supervisión médica. Su uso puede ser parte de programa de mantenimiento a largo plazo para la superación del consumo, y se combina frecuentemente con terapia y otros servicios de apoyo para mejorar los resultados del tratamiento.

El acceso a la naloxona y programas de mantenimiento que pueden incluir a la metadona son dos claves en el abordaje con personas que usan opioides y que pueden salvar vidas durante el proceso de consumo o su suspensión.

¿Cuáles son los efectos del fentanilo?

Lo que buscan las PUD	Otros efectos asociados	Efectos adversos
<p>Alivio de dolor Sensación de bienestar y relajación Alivio de la <i>malilla</i> (síndrome de abstinencia)</p>	<p>Mareo Confusión Pérdida momentánea de la conciencia Somnolencia Contracción de la pupila</p>	<p>Náuseas Constipación Baja en la frecuencia cardíaca y respiratoria Piquiña o calor en la piel Episodios depresivos Pérdida de peso Alteración del ciclo menstrual</p>

Elaboración propia con información de National Institute on Drug Abuse, (2023).

El fentanilo es un analgésico potente que libera de dolores físicos a quienes lo usen, de forma similar a la heroína o la morfina. Cuando el efecto de la sustancia se disipa, los dolores reaparecen, incluso cuando no existe una dolencia o lesión en particular, haciendo que se trate de una sustancia con un importante potencial de dependencia física. La reaparición del dolor hace parte del síndrome de abstinencia, conocido como *malilla* en el norte de México. Las personas usuarias reportan que los efectos del fentanilo se extienden por más tiempo que los de la heroína. Adicionalmente, señalan que después de habituarse al fentanilo, no pudieron retornar a la heroína pues no percibían los efectos deseados.

El síndrome de abstinencia incluye dolor de cuerpo y huesos, vómito, diarrea, dolor estomacal, entre otros. Parte de los motivos por los que las personas readministran fentanilo es para evitar o aliviar estos síntomas.

Así mismo, una estrategia de desintoxicación o de abstinencia debe de tener en cuenta que el síndrome de abstinencia por fentanilo es descrito por las personas usuarias como una experiencia muy dolorosa e incómoda que puede extenderse hasta por una semana, para la cual el personal socio-sanitario debe de estar equipado y entrenado.

¿Quiénes y cómo usan fentanilo en México?

Uso de fentanilo en contextos de migración y deportación

La relación entre el consumo de sustancias, personas en situación de movilidad y personas retornadas es compleja y multifacética, con impactos significativos en la vida de los individuos y las comunidades involucradas. El fenómeno de la migración, especialmente en contextos donde las condiciones económicas y sociales son precarias, puede estar intrínsecamente ligado al uso de sustancias. Durante las entrevistas realizadas para la Guía Técnica, se encontraron historias diversas sobre la migración, la situación de deportación y su relación con el consumo de sustancias. Las personas compartieron que su uso de sustancias inició en Estados Unidos y continuaron su

consumo posterior a una deportación a México, a veces sin las redes de apoyo o familiares que tenían en Estados Unidos.

Además de ser poblaciones invisibilizadas por estar en movilidad, el consumo de sustancias puede alejarlos de servicios de salud, sociales o de integrarse completamente en las comunidades donde migran (Del Monte Madrigal, 2019). Esto puede generar mayores condiciones como el aislamiento o marginación que puede fomentar un consumo crónico y habitual. Poco se ha estudiado entre la relación entre el fenómeno de migración y el consumo de sustancias como mecanismo de supervivencia, pero sí ha habido estudios sobre su relación con efectos psicológicos como el estrés y depresión (Mosca, n.d.). La Encuesta Salud y Migración de la OIM/FLACSO encontró que el 59.1% de las personas migrantes retornadas experimentaron tristeza o depresión al regresar a su comunidad de origen (OIM, 2015).

Por un lado, algunas personas en situación de movilidad pueden recurrir al consumo de sustancias como una forma de hacer frente al estrés, la ansiedad y las dificultades asociadas con el proceso migratorio. Esto puede incluir el trauma de dejar atrás sus hogares, la incertidumbre sobre el futuro y las dificultades de adaptación a una nueva cultura y entorno. Además, la migración puede exponer a las personas a situaciones de riesgo, como la explotación laboral o la violencia, lo que puede aumentar la vulnerabilidad al uso de sustancias como mecanismo de afrontamiento.

Por otro lado, el consumo de sustancias también puede influir en el proceso migratorio y en las experiencias de las personas migrantes. Por ejemplo, algunas personas pueden involucrarse en actividades delictivas relacionadas con las drogas como medio de supervivencia económica. Esto puede llevar a enfrentar cargos penales y, en última instancia, a la deportación en caso de ser detenidos por las autoridades.

La deportación o personas retornadas, a su vez, puede tener consecuencias significativas en la salud y el bienestar de las personas en situación de movilidad, incluyendo aquellas que padecen de dificultades en el consumo de sustancias. La pérdida del apoyo social y familiar, la reintegración en un país desconocido y la falta de acceso a servicios de salud y tratamiento pueden exacerbar los problemas de salud mental y física de quienes son deportados. Según las entrevistas con organizaciones comunitarias que se llevaron a cabo, señalaron que alrededor de del 85% de las personas que usaban los servicios de salud eran personas retornadas, resaltando la necesidad de proveer redes de apoyo a personas que requieren reconstruir su vida del otro lado de la frontera. Además, por lo menos 4 de las 29 personas entrevistadas hablaron de su experiencia de haber empezado a consumir sustancias en Estados Unidos pero que fueron retornados y ahora estaban en centros de tratamiento no regulados (anexos) en México.

Mujeres y fentanilo

Como el resto de la información relacionada a los usos no médicos del fentanilo en México, lo que sabemos sobre sus dinámicas de uso diferenciado por género también está en construcción. No obstante, encontramos que hombres y mujeres suelen elegir distintas vías de administración para el uso de fentanilo. Los hombres suelen utilizar jeringas; y las mujeres prefieren fumar para evitar las marcas que dejan los cuerazos y para mezclarlo con cristal y no quedarse dormidas, debido a la

posibilidad de ser sexualmente agredidas en un contexto de consumo. También, que el consumo de fentanilo puede ser aparentemente exclusivo de hombres debido a que algunas mujeres optan por consumir en casa o no consumen en los mismos espacios que ellos.

Otras investigaciones sobre la experiencia estadounidense de consumo de fentanilo también encontraron en común la preocupación de las mujeres de vivir violencia física o sexual durante su tiempo de uso (Harris et al., 2021). Mientras que el monitoreo canadiense del consumo de fentanilo permitió identificar que las mujeres usuarias de fentanilo tuvieron el doble de probabilidades de empezar a consumirlo sin su consentimiento (Sanjana Mitra et al., 2020). Estos hallazgos sugieren la necesidad de realizar las próximas Guías sobre el uso de fentanilo en México desde un enfoque de género, a fin de lograr intervenciones útiles para las necesidades de las mujeres usuarias.

Dosificación del fentanilo

Dado que el fentanilo es 50 o 100 veces más potente que sustancias con las que las personas están más familiarizadas, las dosis se reducen significativamente. Un gramo es equivalente a mil miligramos y a un millón de microgramos.

Riesgo de sobredosis fatal en personas sin tolerancia a los opioides	Cantidad de fentanilo (en microgramos)
No fatal	25
Riesgo moderado	100
Riesgo alto	250
Posiblemente fatal	700
Fatal	2000

Tabla elaborada con datos de Cauchon (2018).

Las personas usuarias de heroína o que han desarrollado una tolerancia a los opioides pueden tomar de dos a tres veces más sin experimentar una sobredosis. Así mismo, se reporta que quienes han usado fentanilo sostenidamente buscan dosis de entre 250 y 1000 microgramos. Estas dosis pueden ser fatales incluso para personas con tolerancia a la heroína.

Esto representa algunos desafíos:

- Aumentan las probabilidades de sobredosis accidentales si el fentanilo está presente en heroína sin el conocimiento de la persona usuaria, y
- Son casi imposibles de calcular incluso con grameras.

Sobredosis por opioides

Las sobredosis por opioides, incluido fentanilo, ocurren cuando la cantidad de sustancia introducida en el organismo es tan alta que la persona deja de responder a estímulos o su respiración empieza a ser inconstante. Los opioides son sustancias depresoras del sistema nervioso central, por lo que la sobredosis se manifiesta a través de una depresión respiratoria.

Las causas de sobredosis pueden ser:

- Se administró una dosis más alta de la que puede tolerar la persona usuaria, y/o
- Hubo mezcla de opioides con otras sustancias como alcohol y benzodiacepinas.

Todas las sobredosis por opioides son potencialmente fatales. Existe un antagonista opioide de rápido efecto y administración sencilla llamado naloxona. Si bien en otros países se comercializa sin receta médica y se alienta a que las personas usuarias siempre la tengan a la mano para auxiliar a un par, en México es una sustancia controlada. Entendiendo que en caso de emergencia no estará disponible ante emergencias, por lo que se recomienda:

- Mantener el flujo de oxígeno es vital. El uso de resucitadores manuales puede asegurar este flujo.
- Buscar atención médica inmediata. Si el cerebro pierde oxigenación por un periodo mayor a 3-5 minutos puede tener secuelas graves, por lo que mantener el flujo de oxígeno mientras la persona recibe atención es fundamental.

C. VÍAS DE ADMINISTRACIÓN

Ninguna sustancia psicoactiva es inocua y no hay forma absolutamente segura de usarla. No obstante, según las prácticas de cada persona usuaria, existen recomendaciones para reducir los daños a la salud según la vía de administración.

VÍA ORAL O INGERIDA

Es una de las vías de uso con menos riesgos asociados.

Daños asociados	Cómo mitigarlos
<ul style="list-style-type: none"> • Daños en dientes. • Dada la causticidad de la metanfetamina, masajearla en las encías o en la lengua puede provocar heridas o úlceras. • Es la vía por la cual los efectos tardan más tiempo en aparecer y tiene menor absorción en el cuerpo, por lo que existe el riesgo de dosificar de más. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener hábitos de higiene oral. • Pulverizar la sustancia. • Separar la cantidad de sustancia a usar en un día o sesión de uso. • Esperar los efectos con paciencia, no redosificar antes de 4 horas. • Cambiar o alternar la vía de administración.

VÍA NASAL - ESNIFADA

Consiste en inhalar la sustancia a través de las fosas nasales con ayuda de un popote o algún instrumento que acerque la sustancia a la nariz (papel enrollado, llaves, etc). Esta vía resulta efectiva para sustancias solubles en agua, ya que logran ser absorbidas por la mucosa nasal.

Daños asociados	Cómo mitigarlos
<ul style="list-style-type: none"> • Sangrados nasales producidos por irritación o resequedad de las mucosas. • La metanfetamina contiene agentes cáusticos, por lo que las cavidades nasales, orales y la garganta están expuestas a heridas y úlceras que, de no ser atendidas a tiempo, pueden tener graves impactos en la salud. • Compartir popotes o instrumentos para inhalar puede ocasionar infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pulverizar la sustancia lo más fina posible. • Limpiar el popote con alcohol. • Disponer la cantidad a inhalar en forma de línea en una superficie limpia o en un trozo de papel de aluminio nuevo. • Después de inhalar, lavar la cavidad nasal con gotas de suero o agua estéril. • No compartir popotes con otras personas. • Intercalar las fosas nasales. • Cambiar o alternar la vía de administración. • Evitar utilizar tarjetas, llaves u objetos sucios para esnifar.

VÍA FUMADA

Es una de las vías más usadas para consumir metanfetamina y heroína, pues es posible controlar la dosificación mientras se usa. Se deposita la sustancia en una pipa con forma de globo, debajo de donde se posiciona una llama para calentar la sustancia, se produce un vapor que se fuma. Los efectos se producen de inmediato y es la forma más cercana a sentir los efectos que produce la inyección (Drug Policy Alliance, 2023).

Daños asociados	Cómo mitigarlos
<ul style="list-style-type: none"> • Fumar metanfetamina seca considerablemente la boca, dejando los dientes y las mucosas orales expuestas a úlceras, infecciones y deterioro en general. • La alta temperatura del vapor generado puede ocasionar quemaduras en boca, dedos o garganta y pulmones. • Daño bucofaríngeo asociado a fumar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar bálsamos o ungüentos para proteger e hidratar los labios. • Mantener hidratación frecuente o usar goma de mascar para producir salivación y proteger los dientes al presentar bruxismo. • No compartir pipas: de ser posible, fabricar una pipa con papel de aluminio (CATIE, 2023). • Inhalar el vapor lentamente y exhalar inmediatamente. Retenerlo puede quemar o deteriorar los pulmones y no causa efectos más intensos o duraderos. • No usar la pipa si está quebrada o rota. • Cambiar o alternar la vía de administración.

VÍA INYECTADA

También conocida como *slam o slamming* es la vía más riesgosa de administración de metanfetamina. Si se inyecta en la vena o en el músculo, la sustancia entra directamente al torrente sanguíneo, los efectos se perciben intensamente de inmediato. Si la inyección es subcutánea, la liberación será más lenta y los efectos pueden tardar un poco más en aparecer (Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, 2021; The National Drug and Alcohol Research Centre, 2017). Se disuelve la sustancia en agua, en algunos casos usando calor. Posteriormente se inserta un filtro en el agua para evitar impurezas o sólidos. La jeringa se carga del agua absorbida por el filtro.

Daños asociados	Cómo mitigarlos
<ul style="list-style-type: none"> • Incrementa el riesgo de experimentar una sobreestimulación o sobredosificación. • Deterioro, lesiones o daños en los vasos sanguíneos y otros tejidos por la naturaleza cáustica de la sustancia. • Abscesos e infecciones en los puntos de inyección. • Mayor probabilidad de contraer infecciones de transmisión sanguínea como VIH y Hepatitis B y C. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar o alternar la vía de administración. • Usar parafernalia nueva y estéril (jeringa, aguja, algodón, alcohol, agua estéril, contenedor para disolver la sustancia). • No compartir la parafernalia. • Evitar inyectar en zonas como cuello, ingle, ano y genitales. Optar por antebrazo, pliegue del codo y parte inferior de las piernas. • Alternar los puntos de inyección. • Optar por filtros de algodón, tampones o cotonetes, ya que los de cigarrillo pueden introducir impurezas a la solución. • De no tener acceso a agujas o jeringas nuevas, conviene lavarlas con una solución de agua y cloro. Lavar todos los demás elementos, procurar usar filtros nuevos ya que no pueden ser limpiados adecuadamente.


VÍA ANAL

También conocida como *booty bump*. Se introduce una solución de la sustancia con una jeringa vía rectal. Otros métodos consisten en introducir la sustancia pulverizada o en cristales por la misma vía. La mucosa anal logra una rápida y amplia absorción de la sustancia en el torrente sanguíneo que se percibe por mayor tiempo. Es una vía menos riesgosa e invasiva que la inyección (Rojas, 2024; Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, 2021).

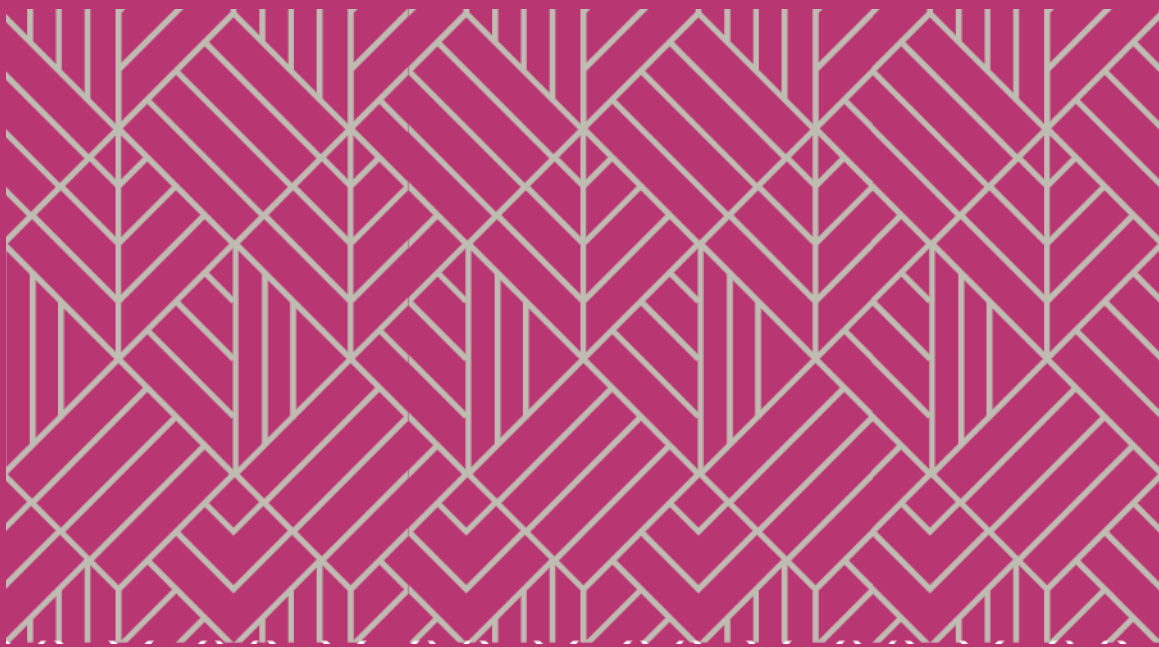
Daños asociados	Cómo mitigarlos
<ul style="list-style-type: none"> • Las cualidades cáusticas de la metanfetamina pueden deteriorar la mucosa anal y producir irritación, infecciones o úlceras. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambiar o alternar la vía de administración. • Disolver la sustancia en agua estéril y tomarla con una aguja de un filtro de algodón. Usar parafernalia estéril, nueva. • No compartir la parafernalia.

- De no pulverizarse suficientemente, los cristales pueden causar lesiones

- Usar lubricante al introducir la jeringa o popote para administrar la sustancia. También se puede introducir con aplicadores de lubricante. Estos son especialmente diseñados para usar vía anal; no compartirlos.



¿CÓMO RESPONDER A LOS USOS DE METANFETAMINA Y FENTANILO?



CASOS DE SOBREDOSIS

Manifestaciones	Primeros pasos
<ul style="list-style-type: none"> • La persona no responde o la respuesta es mínima. • Su frecuencia respiratoria es lenta. • Sus pupilas se ven diminutas • Somnolencia. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Examinar las vías respiratorias, la respiración, la circulación. 2) Prestar apoyo respiratorio inicial. 3) Suministrar oxígeno.
Si la persona responde	Si la persona no responde
<ul style="list-style-type: none"> • Vigilar sus signos vitales hasta que la persona se haya recuperado totalmente o sea transportada al hospital. • Colocar a la persona de lado para prevenir asfixia. • Considerar proporcionar rehidratación por vía intravenosa, pero nunca líquidos por vía oral mientras la persona esté sedada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Examinar nuevamente las pupilas. • Si éstas son normales, puede que no se trate de una sobredosis de opiáceos, sino de alcohol u otros sedantes. • Si éstas son diminutas, sospeche de una sobredosis de opiáceos y administrar de 0,4 a 2 mg de naloxona por vía intravenosa, intramuscular, intranasal o subcutánea; y continuar el apoyo respiratorio. • Continuar la reanimación y observe a la persona durante 1 ó 2 horas y repita la dosis de naloxona según sea necesario, hasta que la persona se haya recuperado plenamente o sea transportada al hospital.

Elaboración propia con información de (PAHO, 2017).

De inmediato

- **Testeo de sustancias:** a través de análisis químicos de diversos alcances, es posible identificar la mayoría de sustancias psicoactivas con muestras de tamaño mínimo que las personas usuarias suelen proveer voluntariamente pues es de su interés la información que pueden proveer los análisis. Es posible identificar sustancias adulterantes o sustitutas incluido el fentanilo. Con una interpretación adecuada y una consejería especializada, pueden resultar en decisiones más informadas sobre el consumo de la sustancia o en desistir de usarla.

- **La información es poder:** las personas usuarias de metanfetamina y fentanilo pueden beneficiarse de recibir información basada en evidencia, sin estigmas y sin juicios. De tener la oportunidad de entablar conversaciones 1 a 1, compartir la información expuesta en las páginas anteriores puede ser muy útil de acuerdo con sus patrones de uso específicos, sus preferencias y sus posibilidades. La culpa y la vergüenza pueden desempeñar un papel significativo en el acercamiento con personas que usan SPA. Estas emociones pueden surgir debido a diversas razones como la estigmatización social, la autoevaluación negativa, la percepción de haber defraudado a otros o a uno mismo, entre otras. Puede interpretarse como una de las consecuencias de la subjetivación de la guerra contra

las drogas: asumir que en la individualidad hay un fracaso y un enemigo. Las personas participantes para elaborar esta Guía expresaron la presencia de estas dos emociones en algunos momentos de su experiencia con las sustancias psicoactivas. La culpa y la vergüenza pueden actuar como barreras que impiden que las personas busquen apoyo o acompañamiento. El miedo al juicio de los demás o la autoculpabilidad pueden hacer que las personas se sientan reacias a mantener una comunicación honesta con quienes proveen servicios sociosanitarios. La culpa puede llevar a una autocrítica destructiva, lo que puede debilitar la autoestima y la motivación para llevar a cabo un cambio.

Si bien las personas reconocieron que ambas emociones podían provenir de procesos internalizados, para esta Guía resulta relevante resaltar los sentimientos de culpa y vergüenza motivados por conductas del personal sociosanitario que ofrece servicios a las personas usuarias de metanfetamina o fentanilo. Entre las personas informantes para este estudio, fueron frecuentes las experiencias en las que el personal emitió juicios de valor y expectativas no acordadas sobre las personas usuarias de sustancias. Estas conductas, además de ser poco éticas, pueden resultar contraproducentes al entorpecer una comunicación clara entre el usuario y el personal de salud, el personal de la institución o incluso el grupo de ayuda, convirtiéndose en barreras de acceso para acceder a servicios de salud.

Un abordaje que ha sido particularmente fructífero entre las organizaciones comunitarias y de sociedad civil es el acompañamiento entre pares. Cuando las personas usuarias de metanfetamina o fentanilo comparten sus experiencias con pares que tienen la misma experiencia vivida, se encuentran en interacciones de comprensión, apoyo y reflexión que pueden ser valiosas a la hora de explorar historias de uso de SPA, estrategias de autocuidado y efectos adversos del uso de sustancias, entre otras. Para las personas es vital saber que no son las únicas pasando por determinadas experiencias y que, al externarlo, no son víctimas de juicios. Evitar el aislamiento de las personas, a través de un sentido de pertenencia a una comunidad, también es una estrategia de reducción de riesgos reconocida por las personas usuarias participantes. Por un lado, el sentimiento de soledad puede ser un factor que incremente los usos de las SPA, y, por otro lado, recibir responsabilidades y confianza puede motivar la autorregulación de los consumos.

Por último, es necesario que en las conversaciones sobre el uso de SPA se incluyan las sensaciones placenteras provenientes de los efectos fisiológicos o sociales de la sustancia. El reconocimiento de estas experiencias es fundamental, no solo para construir un panorama más completo sobre el uso particular de la sustancia y entender las necesidades de la personas usuarias, sino para hacer un contrapeso a las emociones de culpa y vergüenza. En los entornos donde se reconocen experiencias gratificantes puede construirse un ambiente de confianza en donde la apertura a la autorregulación de los consumos puede estar presente.

- **Distribuir kits de reducción de riesgos y daños:** armar paquetes para una administración de metanfetamina de menor riesgo, fentanilo o cualquier sustancia según la forma de administración preferida por la persona usuaria. Estos kits asegurarán una administración y experiencia más segura y deben distribuirse de forma gratuita. Si es necesario mantener un registro de personas alcanzadas para asegurar la continuidad del servicio, conviene que tengan la posibilidad de registrarse con un alias o nombre alternativo, ya que sentirse identificados/as puede hacer que desistan. Si bien algunos servicios están ubicados en puntos fijos, el alcance se puede maximizar movilizándose en donde se concentran poblaciones usuarias, particularmente en habitabilidad de calle.

- **Kits para esnifar:** popote de plástico, tarjeta y hoja de rasurar de plástico (para pulverizar y organizar la sustancia), cuchara de plástico, ampollita de agua estéril, goma de mascar, condones y lubricante.
- **Kits para fumar:** Pipa de vidrio, boquilla de goma, filtro de lata, bálsamo labial, toallitas desinfectantes, goma de mascar, condones y lubricante.
- **Kits para inyectar o vía anal:** Torniquete, toallitas de desinfección, jeringa estéril, ampollita de agua estéril, recipiente calentador, filtro, goma de mascar, condones y lubricante.

De mediano y largo alcance

- **Brigadas de salud:** dado que la metanfetamina tiene el potencial de producir efectos adversos en la salud física y mental de las personas, conviene proveer servicios que atiendan las áreas específicas que puedan verse afectadas. Pueden organizarse como jornadas de salud en puntos fijos donde haya afluencia de personas usuarias, con debida difusión y de forma gratuita.
 - Medicina general: toma de signos vitales, curación de heridas y chequeo general de salud.
 - Odontología y salud oral: atención de heridas bucales, limpieza dental, atención general.
 - Salud sexual y reproductiva: detección de ITS, referencia a servicios especializados de necesitar tratamiento, provisión de condones y lubricantes.
 - Salud mental: consulta breve y referencia a servicios de psicología o psiquiatría de ser necesario.
 - Reducción de riesgos y daños: personal especializado en sustancias psicoactivas, interacciones y reducción del daño que puedan ofrecer consejería especializada y ofrecer estrategias para las personas usuarias.
- **Consejería y acompañamiento** en alternativas a la abstinencia: que con acompañamiento de pares y de personas especializadas en RRYD, las personas usuarias identifiquen áreas o estrategias para autorregular sus consumos:
 - Espaciar los usos. Después de identificar los efectos deseados de la sustancia y los espacios donde desean ser percibidos, las personas pueden proponerse como meta usar la sustancia en determinados contextos cada determinado tiempo. Por ejemplo: usar solo en fiestas dos veces al mes; solo usar para trabajar de madrugada.
 - Reducir la dosis. Si paulatinamente la persona reduce la cantidad de sustancia que utiliza, puede minimizar los efectos adversos (físicos y mentales) y reducir los casos de tolerancia.
 - Periodo de desintoxicación. Consiste en un periodo breve de suspensión del consumo definido por la persona usuaria con el fin de reducir la tolerancia para reducir la dosis efectiva, permitir que el cuerpo se recupere de alguna enfermedad o dolencia o tomar medicamentos de forma más segura.
 - La abstinencia debe ser una meta fijada exclusivamente por la persona usuaria. Deben evitarse discursos de culpabilización en caso de recaída, recordando que no todas las historias de uso son lineales.
- **Talleres de participación comunitaria** sobre diversos temas concernientes a las personas que usan drogas: reducción de riesgos y daños en el uso de sustancias específicas, derechos humanos, VIH e infecciones de transmisión sanguínea, acompañamiento en sobredosificación entre pares, formas de inyección segura, administración de naloxona.

- **Salas de consumo supervisado:** tanto para personas que fuman metanfetamina como para personas que inyectan drogas, estas salas aseguran que las personas tengan acceso a parafernalia nueva e higiénica y supervisión de personal capacitado para acompañar experiencias difíciles o revertir sobredosis, así salvando vidas. Así mismo, estas salas pueden convertirse en espacios seguros donde las personas no están expuestas a los riesgos de usar en las calles, particularmente para las mujeres se previenen violencias sexuales o basadas en el género. Las personas usuarias se reconocen y generan compañía y lazos de comunidad. La primera sala de consumo supervisado de América Latina se encuentra en Mexicali, coordinada por la asociación de la sociedad civil Verter.

Opciones farmacológicas e intervenciones en clínicas

Cuando una persona decide suspender su consumo de sustancias, las opciones farmacológicas pueden desempeñar un papel importante en la gestión de los síntomas de abstinencia, la reducción de los deseos (cravings) de consumir y la prevención de posibles recaídas, aunque reconocemos que las recaídas pueden formar parte del proceso. Entre las opciones farmacológicas, se encuentran los medicamentos agonistas, antagonistas y terapia de sustitución, que actúan sobre los sistemas de neurotransmisión implicados en la dependencia o habituación a una sustancia. Los agonistas opioides, como la metadona, pueden ayudar a mantener estables a las personas con dependencia de opioides, reduciendo los síntomas de abstinencia y los deseos de consumir drogas. Los antagonistas, como la naltrexona, bloquea los receptores opioides y pueden ser útiles en la prevención de recaídas en personas que han dejado de consumir opioides. Estas opciones farmacológicas, al ser combinadas con terapias de apoyo o cambios de hábitos, pueden mejorar las tasas de éxito en la suspensión del consumo.

En algunos lugares de Estados Unidos, se usa el método Burmese para reducir gradualmente el consumo de fentanilo sin inducir abstinencia precipitada. Se complementa con la ingesta de medicamentos desintoxicantes como suboxone/robaxin y su uso para rebajar el opioide.

El estudio e implementación de opciones farmacológicas ha sido más común para el consumo de opioides, que de la metanfetamina. Recientemente se ha comenzado a estudiar el uso de psicoestimulantes como la dextroanfetamina y la lisdexanfetamina para reducir los cravings y los síntomas depresivos, mientras que el gobierno de Australia usa anfetaminas potentes y en la República Checa usan metilfenidato de liberación lenta a dosis elevadas (Ministerio de Sanidad, 2024). Muchas de las opciones farmacológicas dependen del precio y la disponibilidad nacional de la sustancia. En México, se podría avanzar en investigaciones sobre sustitutos o posibles tratamientos farmacológicos en el consumo de metanfetamina como manera de ofrecer una gama de opciones a las personas que desean suspender sus consumos.

Aunque algunas personas compartieron experiencias positivas con el uso de fármacos para cambiar sus hábitos de consumo, otras personas identificaron que su uso les dejó “entumecidos” y, aunque tuvieron una función para frenar los síntomas de la abstinencia durante un periodo de tres años, al suspender el tratamiento regresó el consumo de metanfetamina. Es importante construir planes personalizados de salud para determinar cuáles son las combinaciones de opciones farmacológicas que hacen el menor daño posible pero que al mismo tiempo permite que la persona pueda vivir su vida de una manera saludable y digna.

ESTRATEGIA	RECURSOS			
	Personal par capacitado en RRYD	Personal especializado en áreas de la salud	Inversión económica	Logística
Proveer información 1-1	X		Baja	Baja
Kits de RRYD	X		Media	Baja
Brigadas de salud	X	X	Alta	Alta
Consejería especializada	X	X	Media	Baja
Talleres de participación comunitaria	X		Baja	Media
Salas de consumo supervisado	X		Alta	Alta
Opciones farmacológicas	X	X	Alta	Alta

Consideraciones para las intervenciones

El acercamiento comunitario ha sido una práctica crucial para lograr intervenciones contextualizadas, relevantes al entorno y efectivas. Es poca la información que se ha recabado a nivel nacional sobre las dinámicas de uso de SPA. Sin embargo, existen organizaciones comunitarias que brindan atención directa a las personas usuarias y es estratégico aprender de sus experiencias y del conocimiento que han generado.

Estas organizaciones civiles han realizado intervenciones localizadas y de corto alcance que han contenido, en la medida de lo posible, la actual crisis de sobredosis. Sus estrategias están basadas en evidencia empírica, y la efectividad de sus acercamientos han sido documentadas. Aquí resalta la importancia de dignificar el trato hacia las personas usuarias, de abandonar las perspectivas moralizantes y de practicar la comprensión de las circunstancias individuales. Las personas usuarias son mucho más que su historial de consumo.

Evitar el uso de lenguaje estigmatizante es éticamente indispensable para que los espacios de atención sean inclusivos y no discriminatorios, además de que favorece a la obtención rica de información. La portación y el uso de sustancias ilegalizadas, al ser comportamientos prohibidos, ocasionan que las personas usuarias sean vulneradas ante el sistema legal, convirtiéndolas en víctimas de malos tratos y estigma social.

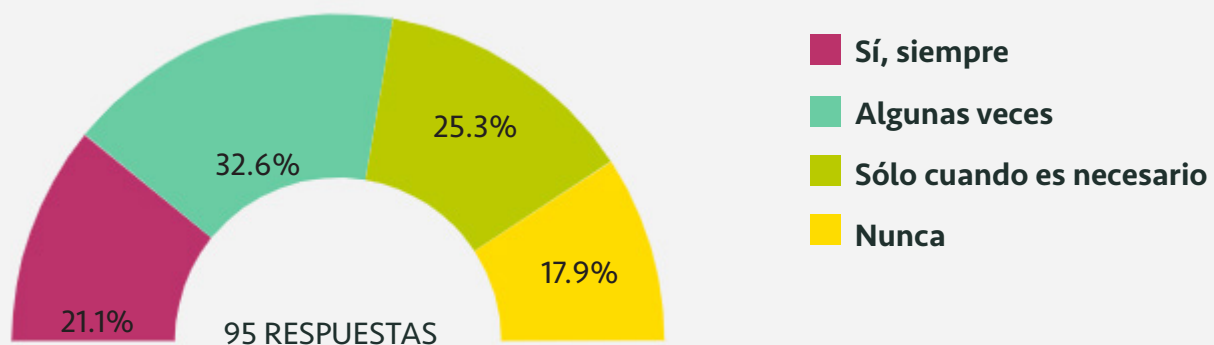
Relación entre el personal de salud y las personas usuarias

La relación entre profesionales de la medicina y personas usuarias de SPA puede estar impregnada de dinámicas de poder que afectan la comunicación y la calidad de la atención médica. La disparidad de poder inherente a esta relación, donde el médico detenta conocimientos y autoridad, puede llevar a una dinámica desequilibrada donde las personas usuarias de sustancias se sienten juzgadas, estigmatizadas o temerosas de revelar sus prácticas de consumo. Esto puede dificultar que las personas divulguen completamente su historial de consumo de sustancias ilegales por temor a ser discriminadas, o recibir un trato de salud deficiente. Además, el miedo a las consecuencias legales o sociales, como la pérdida de empleo o la custodia de los hijos, también puede llevar a las personas a ocultar o minimizar su consumo de sustancias ilegales durante consultas médicas.

La falta de comprensión del consumo, los prejuicios y la estigmatización pueden obstaculizar la capacidad de médicos para proporcionar una atención efectiva y compasiva a las personas usuarias de sustancias, subrayando la importancia de crear entornos de atención médica que fomenten la confianza, la empatía y la no discriminación.

Como se ha explorado, muchas personas usuarias cargan una culpa internalizada sobre su consumo, lo que complejiza aún más las relaciones con autoridades, como personal médico o de salud. El mismo personal de salud puede fungir como una barrera de acceso o “guardia” para poder acceder a otros servicios de salud, y si existe un consumo o una recaída, puede suspender acceso a dichos servicios o medicamentos, afectando gravemente el estado de salud de la persona usuaria. Durante los grupos focales, las personas compartieron algunas relaciones con sus médicos basadas en la confianza, pero también había ejemplos de médicos que estigmatizaron el consumo, utilizaron a las personas usuarias como objetos de estudio o suspendían tratamientos, como los retrovirales para VIH, como castigo por volver a consumir.

CUANDO VA AL HOSPITAL O CLÍNICA, ¿SUELE INFORMAR AL PERSONAL DE SALUD SOBRE SU USO DE SUSTANCIAS?



La encuesta en línea también arrojó importantes señales sobre la falta de confianza con personal de salud, ya que, de 95 respuestas, el 17.9% nunca comparte sobre su consumo, el 25.3% solo cuando sea necesario y el 32.6% algunas veces. Solo el 21.1% siempre comparte al personal de salud sobre su consumo. Para trabajar estos hallazgos, es necesario aumentar la sensibilización de personal médico hacia personas usuarias, y tendría que prohibirse la suspensión o utilización del poder de recetar como forma de castigar el consumo.

Respuestas a grupos específicos

Para acercarse adecuadamente a personas usuarias y prestarles servicios de salud, es necesario hacerlo con empatía y contar con información actualizada sobre el uso de sustancias. Las personas usuarias suelen iniciar etapas de uso problemático a partir de vivir traumas que resultan en afectaciones a su salud mental. Además de sentir mucha culpa y vergüenza al buscar ayuda por tener recaídas o por no poder detener su uso de sustancias. Así que es importante no alimentar esa barrera.

A menos que se tenga conocimiento prestando servicios de consejería o se tenga la experiencia de ser una persona usuaria que pueda ser considerada un par, es preferible limitarse a proporcionar información sobre los servicios disponibles y permitir que las personas tomen decisiones sobre su atención.

“tienes que saber que hay personas que no van a soportar ese tipo de cosas y que se van a ir y nunca más se van a acercar a un lugar donde los pueden ayudar por ese trato. Tú estás aquí para ayudar, no para estigmatizar más lo que ya traen estigmatizado estas personas”

(Reductora de riesgos en centro de salud comunitario)

En otras palabras, el objetivo de prestar servicios de reducción de daños es ayudar a personas que no se sienten bien y además son conscientes de que tienen un problema que afecta su salud. Intentar cambiar el comportamiento de las personas usuarias que no quieren dejar de consumir no funciona, es violatorio a sus derechos humanos y puede aumentar la posibilidad de que tengan una sobredosis o de que empeore su consumo. Como personas que prestan servicios de bienestar o de salud, es una obligación no estigmatizar su decisión.

Mujeres

A nivel mundial, las mujeres representan al 25% de las personas con problemas graves relacionados con el uso de sustancias ilegalizadas y tienen menos probabilidades de buscar servicios especializados que los hombres (Arpa, 2017). Según la Encuesta Nacional del Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco (ENCODAT) 2016-2017, el 4.3% de las mujeres en México tuvo algún consumo de alguna sustancia ilegal. Sin embargo, no existen datos actualizados sobre la magnitud y características del uso de sustancias ilegalizadas entre mujeres, lo que dificulta la comprensión de dinámicas más específicas.

Está documentado que, de manera general, las experiencias de estigmatización relacionadas con el uso de sustancias son mucho más comunes en las mujeres que en los hombres por cuestiones de género. Las mujeres usuarias suelen tener menos apoyo por parte de sus entornos sociales (EMCDDA, 2006; Arsova Netzelmann et al., 2015); iniciarse en el consumo de sustancias por influencia de su pareja (Bloom et al., 2003; Grella et al., 2008; Neale et al., 2014; Arsova Netzelmann et al., 2015); una mayor propensión a compartir parafernalia (Sherman et al., 2001); y estar más expuestas a vivir violencia durante el consumo (Neale et al., 2014; Benoit and Jauffret-Roustide, 2016).

Además de que existen otras características que complejizan las necesidades del grupo. Las mujeres que han experimentado traumas o viven violencia doméstica requerirán intervenciones en lugares donde se sientan física y emocionalmente seguras y realizadas por personas capacitadas para atender con una perspectiva de trauma (Brentari et al., 2011); y probablemente necesiten servicios separatistas para evitar encontrarse con sus agresores usuarios de sustancias (Arpa, 2017). Mientras que las mujeres que se dedican al trabajo sexual podrían requerir horarios de atención nocturnos, servicios de extensión móviles y otros apoyos relacionados a la seguridad, el empleo y la vivienda (Arpa, 2017).

Así que las mujeres usuarias constantemente se encuentran en posiciones de vulnerabilidad aumentada, relacionada a su uso de sustancias pero por cuestiones de género. Ya sea física, psicológica, sexual o económicamente, las dinámicas de género contribuyen al inicio de sus consumos o bien se convierten en una barrera significativa en sus procesos de recuperación y rehabilitación. Por lo tanto, las estrategias de intervención deben ir más allá del enfoque en la salud física y mental, incorporando medidas que las apoyen enfrentando estas realidades de violencia, con perspectiva de género y conocimiento de su contexto.

Personas migrantes y refugiadas

Las personas migrantes son un grupo poblacional, aunque muy heterogéneo, cuyo obstáculo suele ser el estatus migratorio, que impide o afecta el acceso a los servicios de las personas usuarias y ocasiona que sean víctimas de prácticas de racismo y discriminación (Roarty y Saggars, 2009). Para quienes no tienen una vivienda, las drogas pueden ayudar a afrontar el estrés, el aburrimiento, la incertidumbre y la frustración respecto a su estatus migratorio; la falta de servicios de salud adecuados empeoran las condiciones del uso de sustancias; y la movilidad constante y las barreras lingüísticas y culturales pueden dificultar la difusión respecto a los programas de tratamiento o ayuda (Arpa, 2017).

Lo más común es centrarse en mejorar la accesibilidad de los servicios existentes para este grupo. Así que las propuestas prácticas constan de involucrar a la población migrante en la provisión de servicios de bajo umbral, como trabajo entre pares; informar a las personas migrantes sobre los servicios y las leyes sobre drogas; y seleccionar y evaluar las necesidades de las personas que solicitan protección internacional y de quienes migran irregularmente; y realizar intervenciones en instalaciones que albergan a población migrante, considerando si se necesitan traducir los servicios y materiales informativos (EMCDDA, 2023). Y en lo administrativo, que los requisitos de acceso a los servicios sean de bajo umbral, eliminando las barreras que impiden a las personas migrantes utilizar servicios de reducción de daños y adicciones (EMCDDA, 2023).

Personas jóvenes en situación de vulnerabilidad

Con “jóvenes en situación de vulnerabilidad” nos referimos a personas jóvenes con una alta exposición a la desigualdad económica y a factores de riesgo diversos que propicien que inicien su consumo de sustancias, que usualmente se desarrollan en ambientes que concentran una variedad de problemas estructurales. Debido a que seleccionar individualmente a quienes conjuntan factores de riesgo personales es más difícil y complejo, identificar a grupos de personas que comparten características de riesgo es una herramienta útil para dirigir estrategias (EMCDDA, 2008).

Existe, por ejemplo, el concepto de “familias vulnerables”. En cuyas dinámicas familiares puede que uno o más miembros usen alcohol o sustancias, que existan altos niveles de conflicto y violencia parental (EMCDDA, 2008); que las relaciones familiares sean distantes, que exista una falta de supervisión de los padres o se esté buscando la supervivencia ante condiciones económicas problemáticas (Velleman et al., 2005). Identificar estas características ha permitido establecer que los objetivos de las intervenciones sean promover las habilidades de gestión familiar, reduciendo el aislamiento social y el impacto de las condiciones sociales y económicas y fortalecer sus redes de apoyo social como un factor protector para el consumo o mejor pronóstico en la recuperación. (EMCDDA, 2008).

Algunos grupos vulnerables de jóvenes reconocidos son los que abandonan la escuela, los que cometen infracciones o delitos, los estudiantes con problemas sociales o académicos, jóvenes que viven en familias o barrios desfavorecidos y que reciben poco o ningún cuidado institucional (EMCDDA, 2008). Estos grupos a veces se superponen entre sí y acumulan los efectos de la vulnerabilidad, asociándose con una mayor probabilidad de consumo de sustancias, aunque el consumo resulta ser solo uno de varios potenciales comportamientos.

Familias

Debido al estigma que rodea el uso de sustancias, cuando una familia se entera de que una persona de sus miembros es usuaria de sustancias psicoactivas, puede reaccionar con preocupación, angustia y tensiones en las relaciones familiares (EMCDDA, 2023). Aunque también puede convertirse en una importante fuente de motivación y apoyo para su familiar que desea iniciar su tratamiento o atender de alguna manera su uso de sustancias, esto no siempre sucede, ya que la familia puede presentar dificultades en el conocimiento de qué hacer y cómo apoyar. (EMCDDA, 2023).

Intervenir a las familias es un aspecto fundamental porque de ello puede depender el que extiendan su apoyo hacia su familiar que usa sustancias; que se informen sobre el trauma que algunas conductas relacionadas al uso de sustancias pueden ocasionar en las infancias y adolescencias; que se acerquen a servicios de atención terapéutica; y que reciban apoyo durante su duelo si lo necesitan (EMCDDA, 2023). Así como debe preverse que las familias -e incluso amistades- consideren necesario desconectarse de la persona usuaria, lo que puede profundizar el impacto psicológico del uso de sustancias en la relación (EMCDDA, 2023).

Personas adultas mayores

Con “personas adultas mayores” incluimos a todas aquellas personas con un uso de sustancias de 40 años o más, cuyo consumo prolongado les causa daño o riesgo. Sin embargo el consumo de sustancias ilegalizadas en personas adultas mayores es bastante desconocido. Se sabe que la metabolización de las sustancias es más lenta al envejecer y que el cerebro es más sensible a ellas, lo que podría volver a las personas adultas mayores a ser más propensas a vivir las consecuencias adversas del uso de sustancias; que podrían incluso confundirse los efectos de las sustancias con sus propios procesos de envejecimiento; y que sus usos de sustancias también se relacionan con su etapa de vida, para hacer frente a cambios como la jubilación, la muerte, el dolor, la pérdida y el deterioro de la salud (NIDA, 2020).

Como otros grupos, utilizan las sustancias para enfrentar la vida. Pero el consumo particular de opioides puede acelerar el proceso de envejecimiento físico y hacer que las personas usuarias sean más susceptibles a infecciones y sobredosis, más aún con los efectos acumulativos del policonsumo y la mala salud de años atrás; se sabe poco sobre el efecto y la eficacia de los medicamentos y tratamientos opioides para personas con trastornos físicos y función hepática alterada; y corren el riesgo de ser submedicados por tener una mayor tolerancia a los analgésicos opioides (EMCDDA, 2023).

Intervenciones en espacios diferenciados

Escuelas

En México no existen datos actualizados sobre el consumo de sustancias en la población escolar mexicana, ya que la última Encuesta de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE) fue aplicada en el 2014. En ese entonces, el consumo se concentraba en el alcohol –53.4% de la muestra había consumido alguna vez–, el tabaco –30.4% habían consumido alguna vez–, seguidos por la cannabis –10.6%–, inhalables –5.8%– y cocaína con 3.3% (Villatoro, et al., 2016). Los datos arrojan que para ese momento, el consumo de metanfetamina y/o fentanilo –y opioides– entre la población escolar no aparecía. Identificaron que hubo una necesidad de tratamiento para el 1.5% de los varones que encuestaron y el 1% de las mujeres estudiantes, mientras que el 6.2% de varones y el 5% de mujeres podrían beneficiarse de intervenciones breves. También resalta que el 92.3% de varones y el 94.1% de las mujeres estudiantes no requerían ningún tratamiento (ENCODE, 2014) y desde esta Guía, sería adecuado impulsar intervenciones apropiadas para las y los estudiantes de primaria, secundaria y preparatoria, consuman o no.

Las intervenciones en entornos escolares deben estar fundamentadas en evidencia sólida, adoptar un enfoque de reducción de riesgos y daños para abordar eficazmente el consumo de sustancias entre los estudiantes –o sus familiares– y no utilizar el miedo como mecanismo de disuasión, ya que no se ha demostrado su eficacia (Prevention First, 2008). Reconociendo que la adolescencia es una etapa crítica en la que muchas personas jóvenes experimentan con sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales, es crucial enfocarse en retrasar la edad de inicio de consumo de sustancias. Investigaciones muestran que cuanto más tarde se inicie el consumo, menor es la probabilidad

de desarrollar abuso en el futuro (Volkow, et al., 2021). Es fundamental que las intervenciones proporcionen información, habilidades y competencias sociales para tomar decisiones informadas sobre el consumo de drogas, además de fortalecer herramientas como el autoestima, cómo reducir bullying y violencia escolar y promover los logros académicos (EMCDDA, 2022).

Al dirigirse a estas edades críticas, las intervenciones pueden ayudar a establecer patrones de comportamiento saludables que persistan hasta la edad adulta, reduciendo así los riesgos asociados con el abuso de sustancias. Cada edad requiere una intervención adecuada al desarrollo y capacidad, pero siempre manteniendo un enfoque sin estigma, reconociendo que la persona joven podría tener un familiar o ser querido que consume sustancias y basada en evidencia para evitar la desinformación y falta de confianza en instancias oficiales.

Espacios de trabajo

No existen datos oficiales sobre el consumo de sustancias, especialmente metanfetamina o fentanilo en espacios de trabajo pero se puede resaltar algunas recomendaciones claves para intervenciones diferenciadas. La implementación de políticas en lugares de trabajo deben incluir mecanismos de apoyo para las personas colaboradoras que enfrentan dificultades relacionadas con el consumo de sustancias. Desde distintas experiencias, se encuentran algunas prácticas exitosas para abordar las necesidades, empezando con ofrecer programas de información, educación y capacitación que aborden temas de consumo (EMCDDA, 2022). En el mejor de los casos, estos programas se integran en iniciativas más amplias de promoción de la salud.

Otra práctica clave implica intervenciones destinadas a identificar a los empleados que puedan estar experimentando problemas relacionados con el consumo. Una vez identificados, estos empleados deben recibir el apoyo adecuado, incluida la ayuda para acceder a servicios de tratamiento. También es esencial que exploren los factores a nivel organizacional que puedan contribuir a los problemas relacionados entre la fuerza laboral. Al abordar estos factores subyacentes, las organizaciones pueden mitigar de manera efectiva los riesgos asociados con el consumo de sustancias psicoactivas en el lugar de trabajo y generar redes de apoyo entre las personas colaboradoras. Algunas de las actividades propuestas en la Caja de Herramientas podrían ser útiles para abordar situaciones en espacios laborales.

Prisiones

Existe una falta de datos actualizados sobre el consumo de sustancias psicoactivas en prisiones en México y del porcentaje de personas que ingresan con una dependencia o que desarrollan una dependencia ya siendo privada de la libertad. En 2018, la Comisión Nacional de Derechos Humanos (CNDH) de México publicó un estudio sobre las prácticas de consumo donde señalaron que el 94% de la población carcelaria en México presentaba problemas de dependencia y el consumo dentro de las cárceles supera el cincuenta por ciento (CNDH, 2018). Se puede suponer que la situación no ha cambiado sustancialmente en los últimos años pero con intervenciones focalizadas y etapas estratégicas, se podría desarrollar una atención adecuada a una población de alto riesgo.

Dentro de un contexto de personas privadas de la libertad, las intervenciones sobre drogas deben tener distintas fases, empezando con su ingreso. Es fundamental realizar evaluaciones integrales para identificar los patrones de consumo de drogas, así como los factores subyacentes que pueden contribuir, como problemas de salud mental, traumas pasados o falta de habilidades en la vida. Basándose en esta evaluación, se pueden diseñar programas de intervención que aborden tanto las necesidades de tratamiento de las adicciones como los factores de riesgo subyacentes. Prover servicios de tratamiento puede reducir la reincidencia (UNODC, 2008). Si la persona requiere una desintoxicación, se deben proveer medicamentos para aliviar el síndrome de abstinencia. La evaluación inicial también da la oportunidad de proveer mayor información de reducción de riesgos y daños (EMCDDA, 2022) y generar una relación de confianza con la persona.

Durante el internamiento, las intervenciones deben ofrecer una combinación de tratamiento médico, psicológico y social para abordar el consumo de drogas. Esto puede incluir programas de desintoxicación, terapia individual y grupal, así como capacitación en habilidades para la vida y programas de educación. Es esencial proporcionar un entorno de apoyo estructurado que fomente la superación y cambios de comportamiento.

Para la reinserción y reincorporación en la comunidad, las intervenciones deben centrarse en la continuidad del cuidado y el apoyo continuo. Esto puede implicar la coordinación con servicios comunitarios de salud mental (UNODC, 2008), de reducción de riesgos y daño y/o tratamiento, así como la provisión de vivienda y empleo estable una vez que se haya completado el período de internamiento. Los programas de seguimiento y apoyo después de la liberación son fundamentales para ayudar a las personas a mantener su estabilidad, evitar la reincidencia y reintegrarse con éxito en la sociedad.

Las intervenciones sobre drogas en contextos de personas privadas de la libertad deben ser integrales, centradas en el individuo y adaptadas a las necesidades de esta población. Al proporcionar un enfoque de tratamiento holístico que aborde la dependencia como los factores subyacentes, se puede aumentar la efectividad de las intervenciones. También se puede considerar alternativas al encarcelamiento para personas que demuestran dependencia a sustancias (EMCDDA, 2022), ofreciendo tratamiento para superar el consumo (UNGASS, 1998).

Se reconoce que las alternativas a las sanciones coercitivas tienen el potencial de reducir los daños relacionados con las drogas al canalizar a personas con dependencia a programas que pueden ayudarles a abordar sus consumo de sustancias. Alejar a las personas del encarcelamiento puede tener varios efectos positivos, como prevenir los efectos perjudiciales de la detención y contribuir a reducir los costos del sistema penitenciario. Pocos programas han sido evaluados y, por lo tanto, la base de evidencia es limitada. Donde se ha visto beneficios moderados, según los estudios es en ofrecer metadona desde que la persona está privada de la libertad, y proveer terapia asistida con opioides después de su liberación (EMCDDA, 2022); y desde la comunidad.

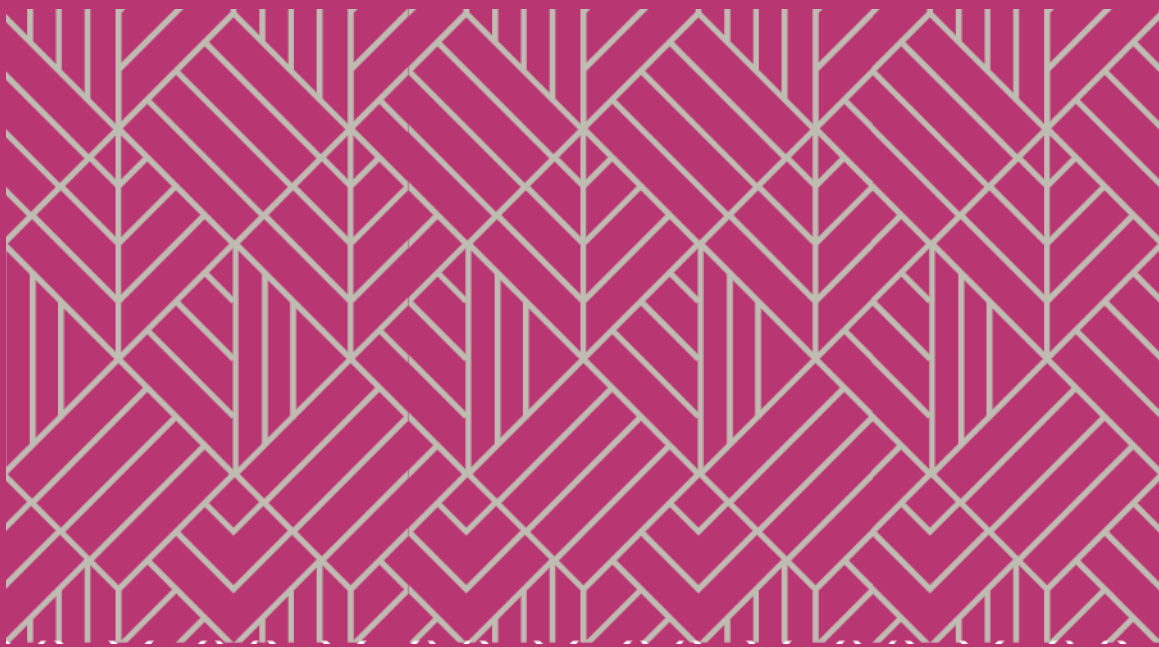
El riesgo de sobredosis aumenta cuando una persona es liberada de la prisión (UNODC, 2008). Esto significa que las intervenciones posteriores al encarcelamiento son sumamente importantes. Desde asesorías previas a la liberación, capacitación en primeros auxilios y en reconocer síntomas

de una sobredosis, el mantenimiento de tratamiento entre prisión y su reinserción social, servicios de salud mental, conexiones con pares y el acceso a naloxona contribuyen a reducir los riesgos de sobredosis (EMCDDA, 2022).

Personas privadas de la libertad enfrentan bastantes desafíos al ser liberadas del sistema carcelario, desde la marginación, el estigma y la desigualdad de oportunidades. Sufrir estas consecuencias pueden resultar en mayor riesgo de consumo de sustancias o comportamientos delictivos para poder generar recursos suficientes para sus necesidades. Es importante tener un enfoque integral que permita que las personas tengan el apoyo necesario en su reinserción social que incluye empleos dignos, oportunidades educativas y un sistema de salud accesible.



DESARROLLO DE ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN



DISEÑO DE ESTRATEGIAS BASADAS EN EVIDENCIA

Para diseñar estrategias efectivas, es tan importante mantener la retroalimentación y el contacto con las personas usuarias como contar con datos que permitan comprender la magnitud del uso de sustancias, identificar patrones de uso, grupos de mayor riesgo y áreas geográficas críticas. Las buenas prácticas pueden variar según el contexto, así que antes de implementarse a gran escala, es útil que se lleven a cabo estudios piloto de las nuevas estrategias.

En México, los datos sobre uso de SPA se encuentran desactualizados (Pradilla, 2022); y se han identificado sesgos y limitaciones en las encuestas (FANC, 2020), por lo que se recomienda emprender la tarea de generar e interpretar datos sobre comunidades específicas a quienes pretendan implementar estrategias o intervenciones.

Los datos estadísticos, por un lado, pueden ofrecer perfiles sociodemográficos para identificar la cobertura de necesidades básicas de la población: alimento, vivienda, acceso a servicios de salud, empleo, rangos de ingresos percibidos, si se trata de población migrante, en movilidad, desplazada, en habitabilidad de calle, entre otras.

Adicionalmente, identificar grupos etarios, de identidad de género o de auto adscripción étnica, pueden construir bases para formular más preguntas sobre las necesidades específicas de la población y posteriormente formular estrategias situadas, teniendo en cuenta las particularidades de uso de las sustancias que se han expuesto en esta Guía.

Para sostener estrategias de reducción de daños es crucial respaldarlas con evidencia empírica o científica, debido a que suelen hacer frente a barreras importantes, como el miedo y el estigma hacia las drogas. El estigma hacia las drogas a menudo está basado en la falta de comprensión y la desinformación, por lo que apoyarse de información clara, sencilla y basada en evidencia para argumentar qué tipo de intervenciones son las que deben continuar, puede ayudar a contrarrestar la aceptación de las políticas prohibicionistas.

¿Qué barreras sabemos que afectan las intervenciones?

- **Obligar a la abstinencia:** Aunque se despenalizó la posesión de pequeñas cantidades de sustancias ilícitas para uso personal, las personas usuarias aún enfrentan arrestos extrajudiciales por posesión de drogas y jeringas; o son obligadas a someterse a tratamiento en contra de su voluntad, a pesar de que la evidencia indica que los tratamientos coercitivos no son efectivos (Bejarano, et al., 2023).
- **Opiofobia:** Se han difundido mensajes sobre la presencia del fentanilo que no coinciden con la información generada hasta el momento desde la sociedad civil y la academia. Se expone como un problema de sobredosis que afecta a todo el país, aunque las sobredosis por fentanilo hasta ahora se mantienen como un fenómeno fronterizo.
- **Criminalizar los servicios de análisis de sustancias o usarlos para perseguir personas usuarias:** Los Servicios de Análisis de Sustancias (SAS) son una herramienta para informar a las personas usuarias sobre la composición de su sustancia psicoactiva y protegerlas de la incertidumbre que

propicia el mercado ilegal (DPA, 2023). Estos servicios no promueven el uso de drogas, sino que identifican adulterantes o mezclas inesperadas en sustancias de personas que ya son usuarias, promoviendo la toma de decisiones informadas y el ejercicio de una ciudadanía más autónoma.

- **Desabasto de metadona, buprenorfina y otros medicamentos sustitutos de los opiáceos:** El tratamiento acompañado por medicamentos –como la metadona, la naltrexona y la buprenorfina– es, hasta ahora, la forma más efectiva de atender trastornos por consumo de opioides; durante décadas ha demostrado ayudar a las personas a reducir o eliminar su consumo de opioides de calle la sustitución por medicamentos otorga un suministro seguro de sustancias, donde las dosis, composición y efectos son predecibles. La decisión de reducir o cesar el uso corresponde a la persona usuaria y usualmente ocurre en compañía de personal par o profesional de la salud.

Involucramiento de la comunidad en la toma de decisiones

Es claro que a nivel estructural y político tienen que realizarse cambios a las políticas prohibicionistas hacia el uso de sustancias. Desde la reasignación de los presupuestos destinados a las políticas de drogas hasta las narrativas oficiales que informan acerca del uso de sustancias. Pero también podemos actuar de manera inmediata como agentes de reducción de daños si se pone en práctica la consigna “apoye no castigue” al ofrecer un servicio a una persona usuaria. Brindarle un trato amable y respetuoso a una persona usuaria puede ser determinante para que decida buscar activamente la ayuda de servicios de atención a la salud. Mientras que obligar a las personas a la abstinencia inmediata o reprocharles su consumo ocasiona que no busquen ayuda.

- Las redes de apoyo son indispensables para las personas usuarias de sustancias, debido a que les brindan orientación y contención emocional.
- Escuchar y aprender sobre la reducción de riesgos y daños ayuda a las personas a reflexionar acerca de su consumo.
- Preguntar qué necesidades tienen las personas usuarias de sustancias es la mejor forma de saber cómo ayudar.
- Hay que acudir a lugares en donde las personas consumen, no esperar a que ellas busquen acercarse.

Planificación de intervenciones

- **Acercamiento comunitario:** ir a donde las personas usan drogas y entablar conversaciones horizontales desde la curiosidad y el respeto. Conviene ser parte de la comunidad a intervenir o hacerse familiar a ella para, a través del intercambio, reconocer las dinámicas y necesidades para formular las intervenciones. Distribuir kits de reducción de riesgos y daños o postales informativas sobre el uso de sustancias puede ser una excusa para entablar estas conversaciones.

- **Recolección de datos:** recabar los datos adecuados puede proporcionar información valiosa sobre patrones de consumo de sustancias o sobre si existen dinámicas asociadas a ciertos grupos. Al recopilar datos por género, edad, tipos y forma de uso de sustancias, condiciones de salud mental y física, exposición a violencias y otras condiciones como migración, habitabilidad de calle, ejercicio de trabajo sexual, discapacidades, y orientaciones sexuales pueden identificarse disparidades entre

las personas y así diseñar intervenciones más inclusivas o adaptadas a necesidades específicas, como servicios de salud reproductiva en el caso de las mujeres usuarias.

- **Protección de la identidad de las personas usuarias:** si la identidad de las personas usuarias es protegida, con mayor confianza accederán a los servicios de reducción de daños o pedirán ayuda. Revelar la identidad de las personas usuarias puede ocasionar que reciban tratos discriminatorios, que pierdan su trabajo u otras consecuencias negativas. Por eso respetar la confidencialidad es un principio ético fundamental para garantizar los derechos y la dignidad de las personas usuarias.
- **Evaluar las áreas de oportunidad:** ¿Cómo puede mejorar el contexto que estoy observando en relación con el uso de metanfetamina o fentanilo, reconociendo que éste existe y no es mi posición forzar a la abstinencia? Junto con el acercamiento comunitario y la recolección de datos, se hará evidente cuáles son las necesidades de las PUD.
- **Evaluar los recursos necesarios para cubrir las necesidades:** presupuesto para adquirir kits de RRYD, personas formadas en RRYD para dar consejería o llevar a cabo talleres, personal médico de diversas especialidades.
- **Formación del personal:** teniendo en cuenta que no todo el personal que se relacionará con PUD está enterada de la perspectiva de RRYD y que esta, a su vez, es un campo de constante innovación, es oportuno ofrecer formación inicial y continua que propenda por las buenas prácticas. Esto, a su vez, demanda atención a la producción de nueva evidencia sobre dichas innovaciones. Uno de los efectos de la adopción comunitaria de esta filosofía, producto del reconocimiento de la agencia de las personas usuarias, es que ellas y sus pares se convierten en participantes activas de las estrategias de prevención y de reducción de daños asociados al uso de sustancias psicoactivas. Es decir, adquieren un panorama donde la adopción de las estrategias de RRYD en la vida cotidiana cobra un sentido más amplio a través de la reivindicación de derechos.

En este sentido, en las formas organizativas comunitarias y de la sociedad civil se han identificado buenas prácticas de difusión del conocimiento a través de la facilitación de talleres sobre VIH y las formas de prevenir otras infecciones; sobre administración de naloxona, cómo identificar una sobredosis y cómo apoyar a una persona que la está experimentando; sobre administración menos riesgosa de sustancias incluidas la inyección segura, y estrategias de autorregulación en el uso de sustancias a través de dosificación o espaciado en el tiempo; y sobre involucramiento de las familias, pares y parejas en la comprensión de los usos de sustancias y formas de ofrecer apoyo a las personas usuarias. En resumen, el conocimiento es poder. Cuanto más se colectivice, más apoyo, apertura, e impacto puede lograrse, revirtiendo aquellas relaciones tradicionales verticales en donde una persona experta da instrucciones.

- **Protocolos de intervención:** antes de salir a la intervención es necesario contemplar el objetivo de esta, sus alcances, acciones y posibles respuestas ante diversos escenarios que puedan ocurrir en intervención con la población. Esta planeación es crucial para delimitar qué tipo de respuesta se está proporcionando a qué necesidad específica, a la par que evita extralimitar el alcance de la RRYD.

Monitoreo y evaluación

- **Establecimiento de indicadores de éxito:** Podremos medir el impacto y éxito de este proyecto mediante la existencia de medidas concretas para garantizar la disponibilidad equitativa de servicios de salud, incluidos los relacionados con las drogas. Esto implica asegurar suficiente cantidad, accesibilidad financiera y geográfica, así como aceptabilidad cultural, asequibilidad, perspectiva de género y calidad sólida.

Según el objetivo se pueden establecer dichos indicadores. Por ejemplo: número de personas que demandan parafernalia nueva, número de nuevos casos de ITS, número de personas con usos problemáticos, número de personas que demandan tratamiento por dependencia o usos problemáticos, número de personas que ha cambiado algún hábito en su forma de uso de sustancias. Se recomienda establecer indicadores en marcos temporales realistas conforme con el alcance de las intervenciones y entendiendo que el cambio social ocurre en marcos temporales bastante amplios.

- **A falta de datos confiables** y periódicos sobre sobredosis y consumo de sustancias en México, la demanda de tratamientos por consumo de sustancias suele utilizarse como un indicador de las prevalencias de consumo problemático. Sin embargo, se reconoce que se trata de un indicador subestimado y que implementar un sistema de monitoreo de consumo de sustancias por elección y de sobredosis de alcance nacional es una necesidad latente.

Desde la academia y la sociedad civil se señala la necesidad de recabar datos que puedan ser de consulta pública. Así como de garantizar que se tengan los insumos necesarios para confirmar muertes ocasionadas por sobredosis en hospitales y servicios médicos forenses.

La información que se recaba antes, durante y después de las intervenciones es la que alimenta los indicadores que se construyen, tanto de éxito como de actividad (ej: número de personas atendidas, número de kits distribuidos). Por esta razón, es conveniente diseñar instrumentos de recolección de información (como encuestas, cuestionarios, registro de personas usuarias) que se alineen con la propuesta y el alcance de la intervención. La presentación de información que respalde la conveniencia de las intervenciones puede ser un factor decisivo para captar y mantener el flujo de recursos económicos que permitan la sostenibilidad y ampliación de las actividades, programas o estrategias.

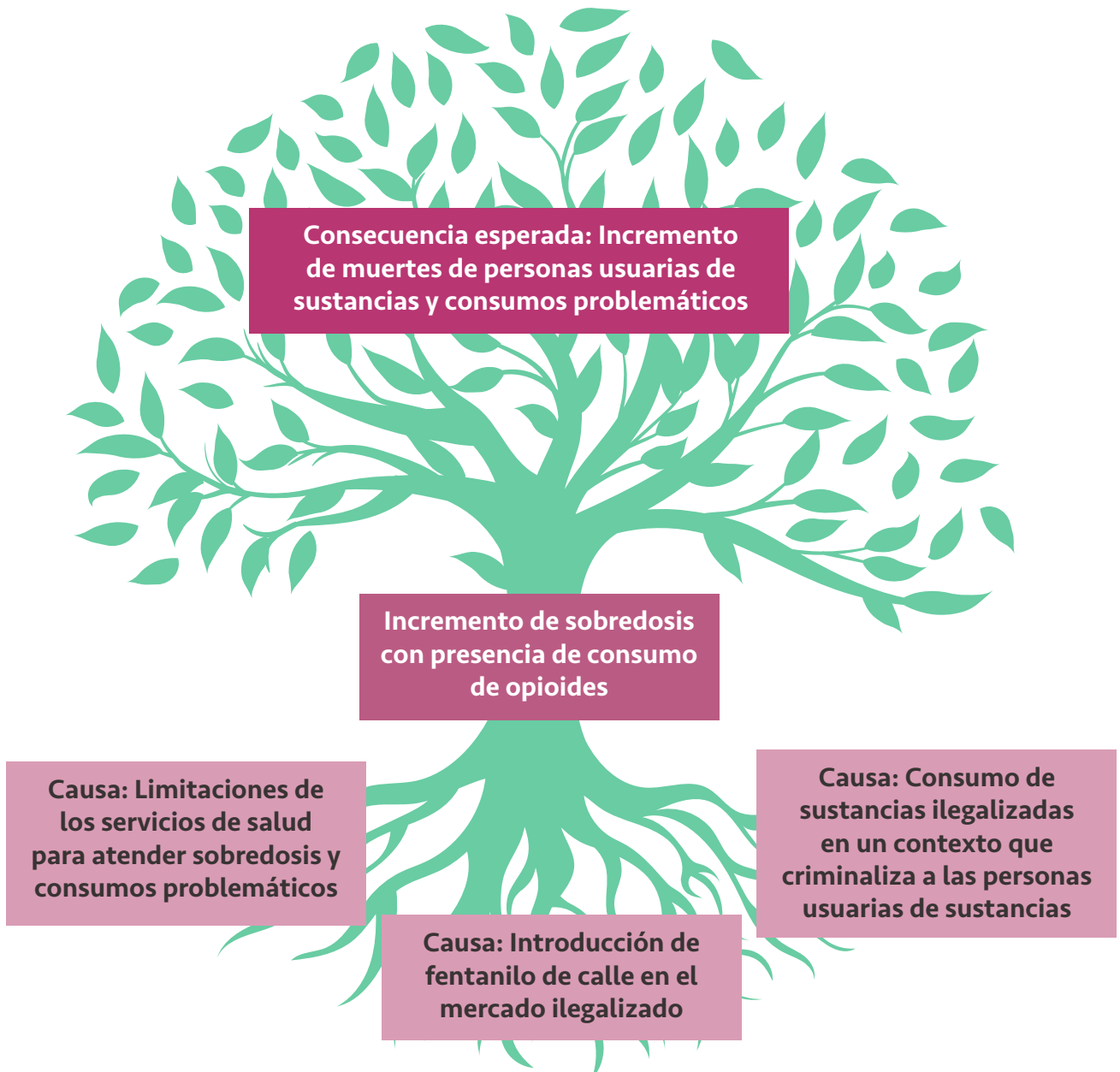
- **Evaluación del impacto de las actividades:** Evaluar el impacto de las intervenciones de reducción de daños nos permite identificar sus áreas de mejora y tomar decisiones informadas sobre su continuidad o adaptación.

Una vez elegido un problema, cuya solución sea el objetivo de la intervención, se intentan identificar algunas de sus causas. Es fuertemente conveniente y recomendado planear un árbol de problemas, en donde el problema elegido encuentre algunas de sus causas debajo y sus potenciales efectos estén identificados arriba. Para lograrlo, antes de hacer una intervención es muy recomendable contar con información cualitativa sobre las características y atributos de las personas usuarias, sobre el contexto sociocultural local en el cual se planea intervenir y sobre las estrategias existentes ya empleadas por otros grupos comunitarios.

Por ejemplo:

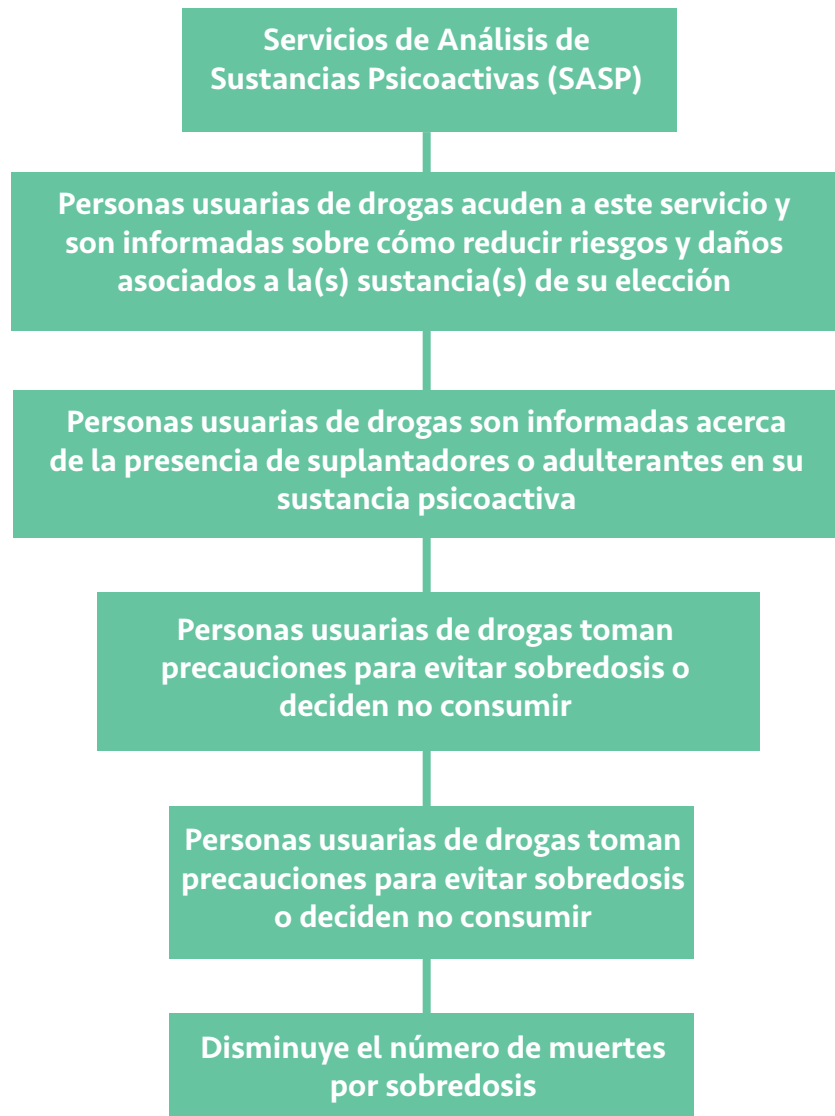
Problema elegido para la evaluación: Incremento de sobredosis con presencia de consumo de opioides.

Árbol de problema:



Una vez determinado el problema y señaladas sus causas, se construye un Marco Lógico que detalle la línea causal de la intervención de la manera más exacta posible. En esta cadena, todo el trayecto estará sujeto a imprevistos que pueden potencialmente afectar el resultado de la intervención, así que conviene establecer mecanismos causales cortos que no den mucha oportunidad de interferencia. En donde el resultado final del Marco Lógico concluya en una solución potencial al problema elegido como núcleo en el Árbol de Problemas que se construyó anteriormente.

Marco lógico



Tanto el desarrollo del Árbol de Problemas como del Marco Lógico son actividades de diseño de una intervención que nos ayudarán a observar la evaluabilidad de un proyecto. Si puede plantearse una pregunta de evaluación que se preocupa por medir el impacto de la intervención elegida en el problema que fue seleccionado en el Árbol, podemos asumir que nuestra intervención tiene potencial de evaluabilidad.

¿Cuál es el impacto de Y en X?

X = Número de muertes por sobredosis

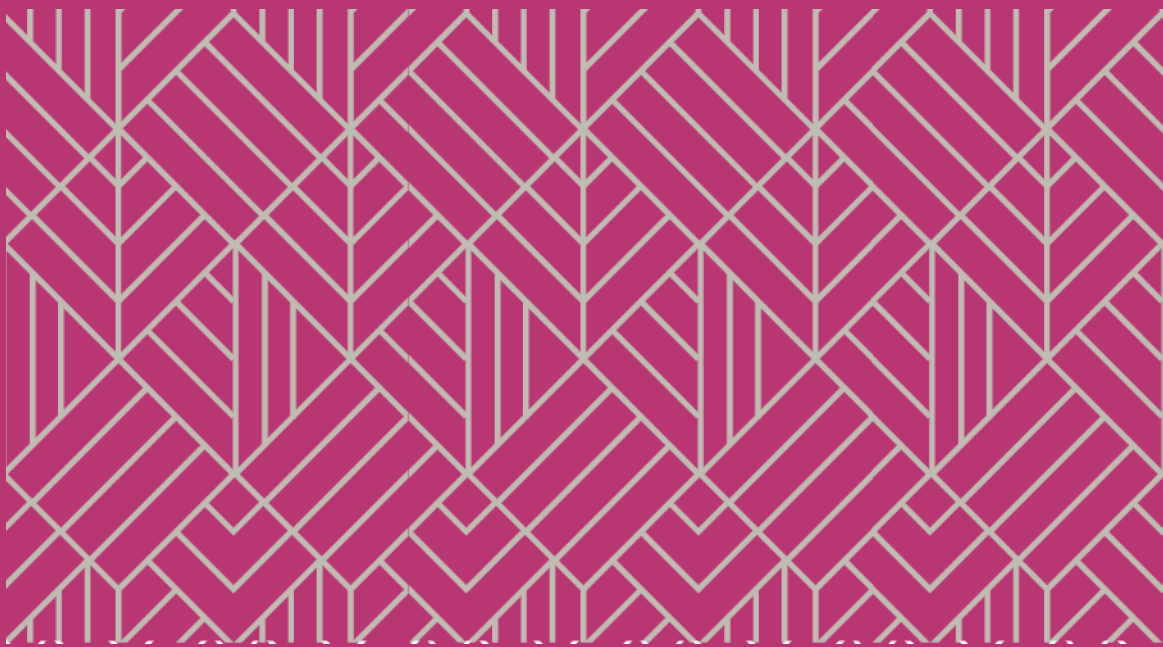
Y = Servicios de análisis de sustancias

De modo que, para realizar evaluaciones de impacto, dependemos de la información disponible. Para hacer evaluación de impacto se necesita, por ejemplo, elaborar un análisis factual que estime

el tamaño de la población objetivo y que ayude a focalizar la intervención. Pero en temas de uso de sustancias no contamos con información oficial actualizada que registre esta información, impidiendo que tengamos claridad sobre qué resultados son completamente atribuibles a la implementación de un programa. Para realizar una evaluación de impacto se necesita justificar la conformación de un grupo de control que no reciba el tratamiento para poder utilizar sus resultados como un escenario contrafactual.

No obstante, existe la posibilidad de realizar estimaciones. Pueden tomarse indicadores que ayuden a cuantificar valores de manera indirecta, como la demanda de tratamiento por consumo de sustancias que es monitoreada por la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones, que ha funcionado para informar sobre el uso de los servicios y con ello permitir la inferencia de las tendencias de consumo problemático. Puede optarse por la evaluación de resultados, que rastrea cómo evoluciona un indicador de impacto a partir de que se realiza una intervención. O puede elegirse realizar una evaluación cualitativa del programa, utilizando entrevistas o registrando los resultados mediante un grupo de enfoque.

 **ANEXOS**



METODOLOGÍA

A. Introducción y diseño de investigación

La Guía para el abordaje de usos de metanfetamina y fentanilo en México se formula tras una labor de investigación cualitativa que se enmarca en un diseño exploratorio que busca profundizar en las experiencias individuales y situadas del uso de sustancias psicoactivas, respaldando así la literatura existente con las experiencias vividas de las personas que usan este par de sustancias. La comprensión de estas vivencias se articula desde la perspectiva de diversos actores, incluyendo al personal sociosanitario que presta servicios de salud, a las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil dedicadas a brindar apoyo, y, fundamentalmente, a las propias personas que usan drogas, quienes se beneficiarán directamente de las recomendaciones emanadas de esta investigación.

Esta investigación pretende proporcionar información actualizada, basada en la evidencia científica y en la evidencia anecdótica de las personas que usan metanfetamina y fentanilo, quienes son las principales expertas en sus propias experiencias, para quienes decidan emprender estrategias de abordaje a estos consumos.

A través de una encuesta virtual de auto reporte, una serie de grupos focales con personas usuarias de metanfetamina y entrevistas semiestructuradas a personas que usan fentanilo y personas que se dedican al acompañamiento a personas usuarias o investigación académica, se recabaron datos cuantitativos y cualitativos sobre las experiencias de uso de las sustancias, las necesidades a abordar y las barreras de acceso a servicios de salud y de dignificación de la vida. Dada la complejidad, dimensión y heterogeneidad de los usos de ambas sustancias, los métodos mixtos resultan oportunos para recabar una diversidad suficiente de información. Se privilegia la información anecdótica ya que el objetivo de esta investigación no incluye una actualización estadística sobre la prevalencia de uso de las sustancias.

El carácter exploratorio de esta investigación pretende identificar las áreas donde la sensibilización y la comprensión diferenciada de los fenómenos puede ser recomendada para quienes decidan implementar estrategias de intervención o abordaje. Se pretende facilitar información y áreas clave de documentación para una comprensión global de los fenómenos, a la vez que se redunda en la complejidad de estos y en la necesidad de situar el conocimiento proporcionado.

B. Población y muestra

La muestra para esta investigación pretende reflejar la diversidad de experiencias relacionadas con el consumo de metanfetamina y fentanilo. En total, 98 personas usuarias de metanfetamina o fentanilo participaron en la encuesta, mientras que 32 personas que utilizan metanfetamina participaron en grupos focales. Además, se llevaron a cabo entrevistas específicas con 25 personas que consumen fentanilo, así como con 9 personas expertas o proveedoras de servicios en el ámbito. Un total de 164 personas escuchadas y leídas para la construcción de esta Guía ofrecen un respaldo que, a través de la saturación de la información permiten ofrecer conclusiones sólidas.

Cabe destacar que la participación en los instrumentos de investigación fue completamente voluntaria y anónima, respetando la confidencialidad y la autonomía de los participantes. Además, quienes contribuyeron con sus experiencias en grupos focales y entrevistas recibieron compensación económica como reconocimiento a tiempo y aporte en esta investigación.

Para cada uno de los instrumentos aplicados el alcance presentó variaciones de acuerdo con la capacidad de implementación y las características sociodemográficas de las personas informantes.

En general, los criterios de selección para la participación en uno u otro instrumento se formularon de la siguiente manera, procurando maximizar el alcance hacia la diversidad de personas y experiencias mientras se mantiene el marco de las dos sustancias de interés.

- Personas que usan o han usado metanfetamina
- Personas que usan o han usado fentanilo
- Personas que prestan servicios sociosanitarios a personas que usan las sustancias
- Personas que han abordado los fenómenos desde una mirada académica

C. Instrumentos de recolección de información

Estos instrumentos de investigación pretenden ser breves y replicables para la recolección de información relevante en relación con la presencia de metanfetamina y fentanilo en México, las personas que las usan, sus contextos, necesidades y experiencias, para ser retomadas como insumos en la elaboración de la Guía Técnica para el abordaje del consumo de estas dos sustancias.

Todas las personas contactadas y participantes de los diversos instrumentos participaron de forma voluntaria y anónima, otorgándonos su consentimiento de manera escrita o videograbada, antes de dar inicio a las entrevistas o previo a grabar las conversaciones, tanto de las entrevistas como de los grupos de enfoque. Las usuarias de metanfetamina y fentanilo entrevistadas y que participaron en los grupos focales recibieron una compensación económica por su participación.

Todos los instrumentos estuvieron sujetos a pruebas piloto con personas usuarias de sustancias psicoactivas y personas que han explorado el uso de sustancias psicoactivas académicamente, logrando ajustes para una aplicación exitosa de cada uno.

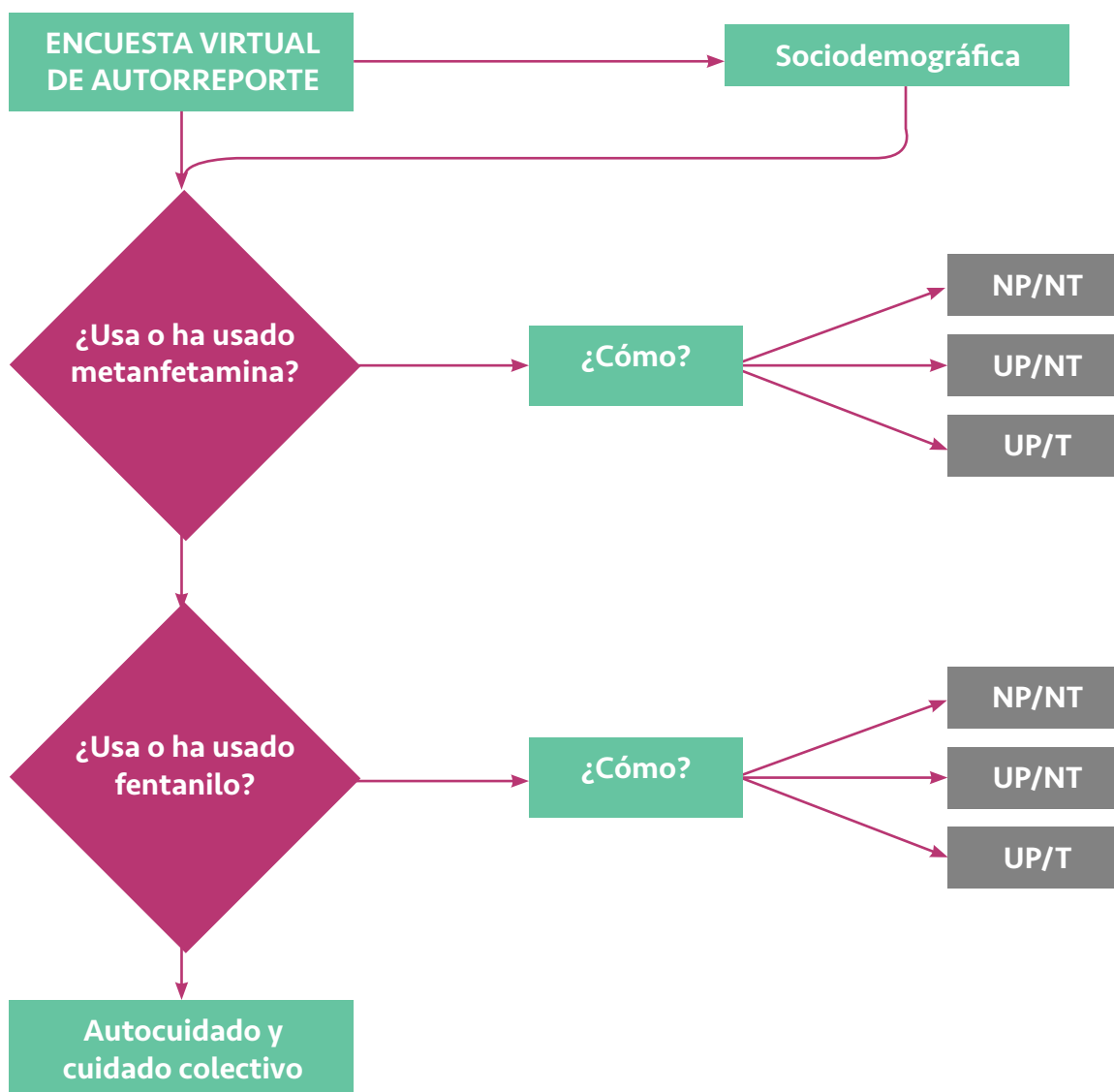
1. Encuesta virtual de auto reporte

El instrumento se diseñó con un apartado sociodemográfico en donde todas las personas participantes proporcionaron datos como edad, identidad de género, país y ciudad de nacimiento y residencia (para identificar movilidad), auto adscripción étnica, nivel de estudios, ocupación y rango de ingresos durante el último mes. A continuación, las personas respondientes describen su uso de metanfetamina, fentanilo o ambas sustancias: frecuencia, vías y contextos de uso y precio por gramo de la sustancia. A través de una pregunta filtro, las personas afirman o niegan tener un uso problemático de la sustancia y si han accedido o no a un tratamiento por esta causa.

Posteriormente se pregunta sobre las percepciones de los usos problemáticos de las sustancias y las experiencias o percepciones en relación con los tratamientos. Por último, se formuló un breve apartado sobre autocuidado y cuidado colectivo en el uso de sustancias psicoactivas.

El diseño del instrumento corresponde al expuesto en el diagrama de flujo que se muestra a continuación

- NP/NT: no reporta uso problemático, no ha accedido a un tratamiento por esta causa
- UP/NT: reporta uso problemático, no ha accedido a un tratamiento por esta causa
- UP/T: reporta uso problemático, ha accedido a un tratamiento por esta causa



2. Grupos focales con personas usuarias de metanfetamina

Población: Personas que usan o han usado metanfetamina o fentanilo

Duración: 2 horas.

Primer bloque: uso personal

1. ¿Cómo inició su uso de metanfetamina?
2. ¿Cómo ha sido su experiencia con la sustancia? ¿Sienten que tienen el consumo controlado o han identificado problemáticas?
3. ¿Han pensado en reducir el uso de la sustancia o dejarla de usar? ¿Qué detonó esta decisión? ¿lo han intentado? ¿Cómo fue tu experiencia?
4. ¿Consideran que hay circunstancias que facilitaron el uso problemático de la sustancia?

Segundo bloque: salud y tratamiento

- a. ¿Les preocupa algún área de su salud física o mental en relación con el uso de sustancias?
- b. ¿Suelen informar al personal médico sobre su uso de sustancias?
- c. Si tuvieran la oportunidad de recibir apoyo en salud en relación con el uso de las sustancias en donde el objetivo no fuera dejar de usarlas, ¿asistirían? ¿qué esperarían de un servicio así?
- d. Si han accedido a tratamiento, ¿cómo fue su experiencia? ¿Qué fue útil y qué que fue innecesario o molesto?
- e. Si no han accedido a tratamiento, ¿por qué no? ¿Consideran que hay barreras de acceso? ¿Tienen algún preconceito sobre las opciones disponibles?

Tercer bloque: oportunidades para la transformación

¿Qué mito sobre las personas que usan drogas les gustaría derrumbar?

3. Entrevistas cortas con personas usuarias de fentanilo

Población: Personas usuarias de fentanilo o metanfetamina

Duración: 20-40 minutos

- ¿Cómo inició tu consumo de la sustancia?
- ¿Cómo se ha manifestado el uso de la sustancia en tu vida y en tu salud física y mental?
- ¿Consideras que hay circunstancias que facilitaron el uso de la sustancia?
- ¿Qué apoyo crees que hubiera prevenido el uso de la sustancia?
- ¿Has recibido algún tratamiento para dejar de usar drogas?, ¿cómo fue tu experiencia?, ¿qué consideras que fue útil y qué consideras que fue innecesario o molesto?, ¿cuáles son los resultados del tratamiento que recibiste? ¿te interesa mantenerlos? ¿Qué apoyo necesitas para esto?
- ¿Consideras que otras personas que usan fentanilo deberían asistir a tratamiento?
- ¿Qué mito sobre las personas que usan drogas te gustaría derrumbar?

4. Entrevistas con personas que prestan servicios sociosanitarios

Población: Personas que trabajan en organizaciones que prestan servicios sociosanitarios a personas que usan fentanilo

Duración: 20-40 minutos

Primer bloque: reconociendo a las personas usuarias

¿Qué particularidades observas en los consumos de fentanilo, que los diferencian de los usos de otras sustancias?

¿Qué expectativas tienen las personas que se acercan para recibir apoyo? ¿Consideras que son expectativas realistas?

¿Qué expectativas podrían ser saludables o respetuosas con los derechos de las personas usuarias?

Segundo bloque: experiencias y buenas prácticas

¿Qué herramientas consideras fundamentales para el abordaje de consumos de fentanilo?

¿Reconoces prácticas a nivel comunitario (familia, amistades, barrio, pares) que podrían impactar positivamente los consumos de fentanilo?

¿Cuáles aciertos y desaciertos reconoces en el abordaje médico de los usos de fentanilo?

¿Cuáles son tus prácticas de autocuidado y autocontención en el acompañamiento de personas usuarias de metanfetamina y fentanilo?

Tercer bloque: oportunidades para la transformación

¿Qué prácticas para el abordaje de consumos de fentanilo consideras que no son efectivas o deberían dejar de existir?

¿Qué mitos sobre las personas usuarias de sustancias psicoactivas/drogas te gustaría derrumbar?

¿Qué te gustaría incorporar en tu abordaje (o de tu organización) de consumos de metanfetamina y fentanilo? ¿Por qué no se han incorporado? ¿Qué recursos requieren?

5. Entrevistas cortas con personas investigadoras

Población: Personas investigadoras sobre el uso de fentanilo

Duración: 20-40 minutos

¿Qué particularidades observas en los consumos de metanfetamina y fentanilo, que los diferencian de los usos de otras sustancias?

¿A través de qué estrategias es posible reducir el riesgo de consumos problemáticos de fentanilo?

¿Qué factores psicosociales consideras que favorecen la aparición de consumos problemáticos de sustancias como el fentanilo?

¿Cuáles aciertos y desaciertos reconoces en el abordaje médico de los usos de fentanilo?

¿Qué hace falta en materia de política pública para garantizar los derechos de las personas que usan fentanilo?

¿Reconoces prácticas a nivel comunitario (familia, amistades, barrio, pares) que podrían impactar positivamente los consumos de fentanilo?

D. Resultados

1. Encuesta virtual de auto reporte

La encuesta “¿Usa o ha usado metanfetamina/cristal o fentanilo?” pretende recabar datos sobre las personas que usan estas sustancias psicoactivas y sus percepciones acerca de los tratamientos disponibles para abordar los usos problemáticos.

Se difundió en redes sociales durante 58 días, incluyendo 49 grupos de Facebook donde personas usuarias de metanfetamina hacen contacto virtual con diversos fines, incluyendo: usar la sustancia en conjunto por videollamada con fines eróticos o sin estos, venta de sustancias, recomendaciones de uso y parafernalia. Una exploración sistemática de este tipo de interacciones puede ser arrojar resultados valiosos acerca de otros modos de uso social de la metanfetamina. No se localizaron grupos o comunidades de personas usuarias de fentanilo para lograr una difusión análoga. Se garantizó a las personas respondientes la anonimidad en la participación y se informó sobre la finalidad de los datos recabados.

La encuesta fue respondida por 98 personas con edades entre los 17 y 62 años. La mayoría de respondientes se encuentran en el intervalo de 30 a 36 años. En cuanto a identidad de género, 74.5% se identificaron como hombres, 20.4% como mujeres, 4.1% como personas no binarias y 1% como personas trans. Un 59% de respondientes reportaron movilidad desde su estado de origen, un 59% completó la licenciatura, 22.4% un posgrado y ninguna persona reportó un nivel educativo inferior a secundaria. En cuanto a ingresos percibidos durante el último mes, la mayoría de personas reportó menos de \$3.000.

En síntesis, se presentó una mayor representatividad de personas en edad adulta, principalmente hombres provenientes de entornos urbanizados con posibilidad de leer, escribir y acceder a internet. En oposición, se reconocen limitaciones para representar experiencias de personas en habitabilidad de calle, de personas menores de edad, de la tercera edad y de mujeres. En cuestión geográfica, hay un bajo reporte desde estados del norte de México, siendo la zona centro el lugar con mayores respuestas. Por último, cuatro personas se identificaron como indígenas, y cero como afroamericanas.

Sobre el reporte de uso de sustancias por género, la tabla a continuación ilustra la distribución de reportes recibidos. Es necesario destacar que las personas usuarias de fentanilo también reportaron uso de metanfetamina y hubo algunos reportes de personas que no usan ninguna de las dos sustancias, sin embargo, respondieron los apartados demográfico y de autocuidado y cuidado colectivo. Las cuatro personas indígenas pertenecen a este último grupo, reportando uso de cannabis. Si desagregamos las respuestas de las personas que reportaron uso de ambas sustancias, obtenemos 86 respuestas de usuarias de metanfetamina y 7 de usuarias de fentanilo.

USO REPORTADO	H	M	NB	T
METANFETAMINA	59	17	2	1
FENTANILO	0	0	0	0
AMBAS	4	1	2	0
NINGUNA	10	2	0	0

• Metanfetamina

Para frecuencias de uso de metanfetamina, la mayoría reportó uso de algunas veces por mes, seguido de más de una vez cada día, reflejando una heterogeneidad de usos. Al cruzar las variables vía de administración, con edad promedio e identidad de género, es posible identificar grupos poblacionales en donde posiblemente predominen algunas prácticas. En general, la vía de administración más frecuente es la fumada. En particular, para las mujeres sigue la vía esnifada y las personas de la diversidad sexogenérica se distribuyen entre estas dos. Para los hombres la inyectada y la anal llaman la atención al ser el único grupo que reportó estas dos vías de administración. Las celdas señaladas en amarillo indican estas relaciones y áreas de oportunidad para la intervención en RRyD.

Vía de administración	Fumada		Esnifada		Inyectada		Ingerida		Anal	
	F	Edad AVG	F	Edad AVG	F	Edad AVG	F	Edad AVG	F	Edad AVG
Masculina - hombre	41	35	1	17	14	36	5	34	2	47
Trans	1	34								
No binaria	1	24	2	38			1	32		
Femenina - mujer	6	29	11	28			1	18		

Cuando las variables de identidad de género se encuentran con las de contexto de administración, se pueden identificar algunas tendencias. Para las mujeres el uso de metanfetamina en la casa y en soledad suelen ser las más comunes, mientras que para los hombres mayor variedad de espacios, para los que los espacios de fiesta y encuentros sexuales aportaron mayores porcentajes. Las personas de no binarias y trans reportan uso en casa, pero con mayor frecuencia en contextos de fiesta.

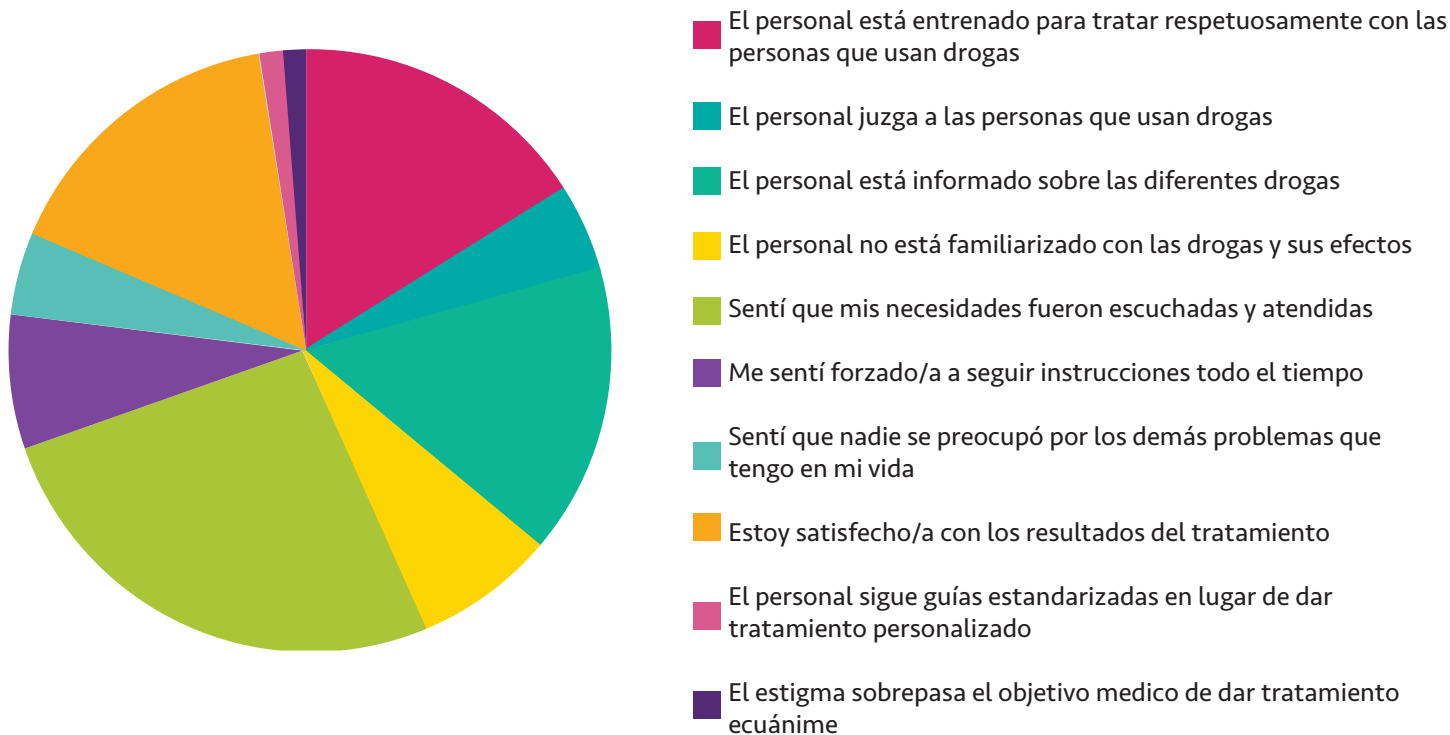
Identidad de género	Femenina - mujer		Masculina - hombre		Trans		No binaria	
	Total	Contexto único	Total	Contexto único	Total	Contexto único	Total	Contexto único
Casa	15	2	28	3	1		1	
Trabajo	4	0	4	0				
Fiesta	9	2	17	4	1		3	2
Encuentros sexuales	5	0	54	18				
Sola	13	1	26	1			2	1

Respecto a la identificación de usos problemáticos, quienes no reportan uso problemático indican que su relación con la metanfetamina no afecta otros espacios de la vida, se contiene en espacios y usos específicos, están en posición de detenerlo cuando deseen y su frecuencia de uso no es un factor de preocupación. Una persona reportó estar en negación de tener un uso problemático. Sobre las estrategias para evitar desarrollar usos problemáticos se indican vías menos riesgosas de administración, periodos de desintoxicación, cuidado de relaciones personales, psicoterapia y espaciado de consumos. Aunque un 60% de estas personas considera que los tratamientos para uso problemático no son efectivos, un 71.4% buscaría tratamiento si fuese recomendado por el personal de la salud.

Quienes reportan usos problemáticos de metanfetamina identificaron síntomas que afectan su salud mental y física, dificultades en algunos ámbitos de la vida cotidiana y relaciones cercanas, uso excesivo de la sustancia, aislamiento, participación en conductas peligrosas y sensación de dependencia.

Sobre acceso a tratamiento, destacan en mayor frecuencia las personas que han decidido tomar tratamiento o no, en oposición de quienes lo han recibido en contra de su voluntad. Entre las personas que reportan uso problemático, hay una representación relativamente baja de quienes no han recibido algún tratamiento. Un 45.5% de estas personas declaró conocer a alguien que accedió a un tratamiento y este no surtió efecto. Además, sus motivos para no acceder incluyen una profunda desconfianza, maltratos, estigmatización, no querer abandonar la sustancia, no tener tiempo o dinero y tener una pérdida de libertad y autonomía. Quienes han accedido a tratamientos, han accedido a instituciones públicas y privadas incluyendo anexos, chats virtuales y técnicas de psicoanálisis. La mayoría de estas personas trazaron como objetivo dejar de usar la sustancia, seguido de un 30% que tenía como intención reducir el uso sin cesar.

Sobre las experiencias de las personas que accedieron al tratamiento, sus respuestas reflejan una variedad de experiencias entre la preparación adecuada del personal, presencia de estigmas, prácticas forzosas y satisfacción con los objetivos alcanzados. Ninguna persona declaró arrepentirse de haber recibido tratamiento.



• **Fentanilo**

El bajo número de respondientes sobre uso de fentanilo impide arrojar hallazgos concluyentes. Un resultado por mencionar que coincide con el conocimiento construido hasta el momento sobre esta sustancia tiene que ver con el primer contacto con la sustancia: las dos respuestas más frecuentes indican que las personas no tenían conocimiento de que su sustancia estaba adulterada con fentanilo y que sabían que estaban usando solo fentanilo. Esto se ha relacionado con las transformaciones en la oferta de la sustancia en donde eludirla, en búsqueda de otra, resulta un desafío en algunos lugares de la república.

Teniendo en cuenta que se trata de una muestra bastante pequeña de personas que habitan contextos urbanizados menos precarizados, estas personas declararon que su uso de fentanilo no se tornó problemático pues se usó en pocas ocasiones y tienen acceso a otros opioides de elección o la opción de detener el uso. En contraste con los respondientes por metanfetamina, un 69% de estas personas considera que los tratamientos para uso problemático de fentanilo pueden ser efectivos y un 50% asistiría a uno si fuera recomendado por el personal de la salud.

2. Grupos focales sobre uso de metanfetamina

Durante el desarrollo de los grupos focales participaron 30 hombres y 2 mujeres. La mayoría de estos hombres forman parte de la población de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), conformando el grueso de información depositada en la Guía para este grupo. Dos de los espacios para los grupos focales presenciales fueron facilitados por la Clínica Condesa en Ciudad de México,

con su ayuda para la difusión de la actividad, por lo que un número de participantes ha recibido apoyo en cuestiones de salud y consumo en este lugar. La facilitación de los otros dos grupos focales fue virtual, una por convocatoria abierta y una con un grupo de apoyo entre pares de toda la república llamado *Diversidades ante el Meth*.

Estos grupos focales, si bien siguieron la guía de facilitación, se centraron en compartir experiencias personales y preocupaciones alrededor del uso de la sustancia. Las conversaciones que tuvieron lugar en cuatro sesiones tocaron los temas de interés:

- **Historia de uso de la sustancia**

La mayoría de participantes había experimentado con otras sustancias antes de encontrarse con la metanfetamina y su introducción fue a través de pares. En el caso de HSH fue común que iniciara a través de una pareja sexual o sentimental o pares que ya la habían incorporado a sus prácticas sexuales. Para las mujeres participantes la metanfetamina fue una opción para adquirir energía en particular durante el consumo de alcohol y espacios de ocio.

- **Afectaciones a la salud relacionadas con el uso de metanfetamina**

Se presentaron participaciones de preocupación respecto a la pérdida de peso excesiva y a adquirir un aspecto debilitado que se relacionaría con enfermedad o uso de drogas. Aunque hubo quienes recibían la pérdida de peso como un beneficio, declarando relaciones complicadas con su aspecto físico, conductas alimentarias, y asemejándose a los patrones de uso de algunas mujeres, para otros se convirtió en una alarma que enciende el cuerpo para autorregular el uso de la sustancia. La salud bucal, oral y de la piel también se abordaron. Todas estas preocupaciones pueden ser atendidas con relativa facilidad dado que estas personas habitan entornos urbanos y tienen los medios socioeconómicos para permitirse buscar atención médica.

Entre los HSH hay quienes viven con VIH, estas personas expresaron preocupación sobre la interacción de la sustancia con los medicamentos recetados por sus médicos tratantes y cómo éstos no necesariamente están preparados para tratar pacientes que usan metanfetamina. Emergieron los temas de la serofobia en el relacionamiento sexual, sobre ser indetectable y sobre las posibles interacciones de la metanfetamina con los medicamentos utilizados para los tratamientos de PrEP (profilaxis preexposición).

Respecto a la salud mental y emocional, las conversaciones sobre la paranoia y las voces en la cabeza contaron con una participación amplia, acordando que se trata de efectos esperables y comunes, particularmente cuando la sustancia se usa en mayores cantidades. Junto con sus experiencias, los participantes compartieron las estrategias para lidiar con estos síntomas, incluyendo: chequeos de realidad, dialogar con las voces, transitar en compañía, no salir si se están experimentando estos síntomas y formas de acompañar a pares que pueden estar experimentando las mismas sensaciones. También se dialogó sobre los bajones de ánimo posteriores al uso de la sustancia y sobre las opciones para reducir su impacto. Para algunos participantes neuro divergentes, algunos de estos síntomas se ven exacerbados.

• Detonantes o agravantes del uso de la sustancia

Para algunas personas el uso de metanfetamina se convierte en problemático cuando empezó a tener un impacto en áreas de la vida que debían mantenerse estables: trabajo, estudio, relaciones interpersonales y familiares y salud. Hubo quienes perdieron trabajos o negocios producto de las dinámicas de uso de la sustancia y hubo quienes experimentaron fricciones con seres queridos en conversaciones sobre el uso de sustancias o como producto de ánimos inestables derivados de las afectaciones emocionales del uso de metanfetamina. En combinación con el aislamiento en la pandemia global por COVID-19, algunas de estas afectaciones empezaron a generar ciclos de uso más intensificado en personas que buscaban un alivio emocional.

En adición, los vínculos y espacios sociales cobraron importancia en esta conversación. Continuar asistiendo a encuentros sexuales o fiestas donde se usa metanfetamina, frecuentar amistades que usan metanfetamina o mantener una relación cercana con la persona proveedora de la sustancia fueron identificados como factores que intensifican el uso y entorpecen procesos de autorregulación del consumo.

• Estrategias de reducción de daños adoptadas

Un número significativo de personas participantes están familiarizadas con la filosofía de reducción de riesgos y daño y con las estrategias que se pueden adoptar en relación con el uso de metanfetamina. Entre las estrategias mencionadas se encuentran:

- No guardar la sustancia en el lugar de residencia,
- Aprender a dosificar adecuadamente según la experiencia deseada,
- Espaciar y planear los consumos. Solo usar metanfetamina en los espacios destinados para ello,
- Indicadores de peso o talla para reducir el consumo,
- Descansar después de cada uso,
- Durante los usos: tomar agua, ingerir alimentos y promover que las demás personas lo hagan,
- Tener carbón activado a la mano en caso de sobredosis,
- Usar parafernalia limpia, no compartir agujas,
- Aprender a contener episodios de paranoia propios y de pares

• Opciones y experiencias de tratamiento para reducir o cesar los usos

En esta temática se encontraron participaciones diversas. Algunas personas han tenido acceso a acompañamiento psicológico o psiquiátrico que ha surtido diferentes efectos desde abordar las causas subyacentes al uso de sustancias a través de espacios de diálogo y reflexión, como generar estrategias exitosas de reducción paulatina del uso de la sustancia acompañado de medicamentos, hasta sufrir revictimizaciones y regaños de parte del personal. Esta última experiencia ha alejado a las personas de los servicios y ha creado conflictos en los que han tenido que defenderse de diversos estigmas.

Otras personas han asistido por voluntad propia o por la fuerza a los llamados anexos, tanto de carácter público o privado. Manifestaron haber recibido tratos cuestionables de parte de instituciones que solo se interesan en recibir dinero sin prestar atención a los procesos de las personas que están tratando. Han recibido violencia física y psicológica asistiendo a estas instituciones. Además, han tenido que abandonar procesos dada las políticas de puertas cerradas una vez se presenta una recaída.

Por último, algunas personas han recurrido a opciones menos transitadas incluyendo la terapia con psicodélicos, incluyendo ibogaína, reportando un resultado satisfactorio; irse a vivir a un lugar remoto donde no se consiga la sustancia y quedarse allí un periodo extendido y hacer pactos de no uso de sustancias con seres queridos.

- **Redes de apoyo**

Todas las personas afirman que sin el apoyo que han recibido de personas cercanas, su historia no sería la misma. Hay quienes han dialogado el tema con sus familias y estas se convierten en un apoyo en la contención de los efectos adversos y la generación de estrategias de autocuidado y autorregulación. Otras personas han contado con sus amistades y parejas para generar estrategias similares y compromisos de mejora. Por último, hay quienes no han contado con algún apoyo sostenido y han tenido que enfrentar estos desafíos en soledad.

- **Subjetividades**

Para las personas la metanfetamina ha adquirido significados diversos a partir de las experiencias o situaciones derivadas del uso de la sustancia. Hay quienes afirman haber sabido desde siempre que iban a desarrollar adicciones, otras personas la entienden como su perdición y para otras se convirtió en un elemento inseparable de su vida sexual o social.

En cuanto a experiencias positivas, el uso de sustancias es interpretado por algunas personas como el ejercicio de su autonomía y libertad corporal. La metanfetamina ha traído experiencias muy placenteras para un gran número de participantes dados los efectos sexuales o sociales que han asociado con el uso de las personas.

En la disyuntiva por abandonar un uso en ocasiones perjudicial y en ocasiones placentero, las personas han desarrollado estrategias para gestionar los efectos no deseados de la sustancia, como establecer conversaciones con la paranoia y las voces en la cabeza o establecer puntos fijos de realidad a los cuales recurrir cuando saben que esta se está distorsionando.

Sobre las transformaciones de la identidad, hay opiniones sobre identificarse como adicto/a, y las consecuencias patologizantes del término, mientras que para otras personas es una palabra que describe una enfermedad o una condición en la que se encuentran.

Por último, vale la pena retomar los comentarios sobre culpa o vergüenza relacionados con el uso de la sustancia y el contacto con personal médico o sociosanitario quien ha recurrido a estas emociones para sentar una posición de autoridad. Se trata de emociones mencionadas frecuentemente que pueden ser obstáculos para el acceso a servicios relacionados con el uso de la sustancia.

3. Entrevistas cortas con personas usuarias de fentanilo y metanfetamina

La siguiente tabla sintetiza la caracterización de las personas que participaron en la aplicación de las entrevistas breves.

PARTICIPANTES	A.C. FACILITADORA	CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN
8 hombres usuarios de fentanilo	PrevenCasa A.C.	Contexto de vulnerabilidad: habitabilidad de calle, alta prevalencia en inyección de sustancias, personas deportadas alejadas de sus familias.
3 mujeres usuarias de fentanilo	PrevenCasa A.C.	Reciben apoyo integral en salud y RRD: intercambio de jeringas, talleres y servicio de análisis de sustancia, curación de heridas, talleres de administración de Naloxona. Canalización a servicios especializados o tratamientos para reducir o cesar usos de sustancias a demanda.
11 hombres usuarios de fentanilo	Una Nueva Visión A.C.	La mayoría de personas ingresan al servicio por petición de sus familias, incluso comúnmente de forma involuntaria. Personas de ascendencia latinoamericana con vida en E.E.U.U.
3 mujeres usuarias de metanfetamina	Marionetas del Señor A.C.	Ingresan al servicio por petición de sus familias, comúnmente de forma involuntaria. Mujeres mexicanas.

Algunos temas de interés entre las personas usuarias cuyo contacto fue facilitado por la asociación civil PrevenCasa tienen que ver con la forma en la que las se encontraron con fentanilo por primera vez, con los efectos que cada quien ha notado en su salud física y mental, con las vías de administración de elección y con la situación de uso de fentanilo entre pares.

Se trata de una población en contextos de alta vulnerabilidad que usan más de una sustancia psicoactiva. Antes de usar fentanilo usaban heroína de las variedades China White o Alquitrán y otras sustancias como metanfetamina y alcohol, entre otras. El primer contacto responde al cambio de oferta en el mercado ilícito de sustancias donde se encontraron como adulterantes o donde pares se habían encontrado con el fentanilo antes y sabían que estaba presente en la sustancia. Notaron efectos más potentes desde el primer uso, acompañado de malestares como vómitos y pesadez. En cuanto a los efectos físicos han notado una sensación de adormecimiento que afirman no sentir con la heroína, cambios en la postura y tono muscular, en particular del cuello, espalda y brazos y mayor irritación en los ojos.

Una de las mujeres afirmó haber notado cambios en su ciclo menstrual presentando sangrados más abundantes y mayor presencia de flujo vaginal entre menstruaciones. Entre las mujeres se identificó que la metanfetamina se usa en alternancia con el fentanilo dado que necesitan permanecer alertas como estrategia de cuidado ante violencias, principalmente sexuales. Suelen usar fentanilo en compañía de su pareja sentimental y accedieron a la sustancia a través de esta persona.

Entre las personas entrevistadas predominan las vías de administración fumada e inyectada. PrevenCasa A.C provee de forma gratuita y sin requisitos el intercambio de jeringas y parafernalia higiénica para reducir los riesgos derivados de cada forma de administración.

Los hombres entrevistados en Una Nueva Visión A.C se encuentran internos en las instalaciones de la sociedad civil y en su gran mayoría accedieron en contra de su voluntad por petición de una persona cercana. Algunas personas residentes de Tijuana logran identificar este centro como uno de buena calidad en donde se obtienen buenos resultados. Todos estos hombres comparten el objetivo de cesar el uso de la sustancia y es frecuente escuchar *recuperar mi vida*. Es decir, situarse en un estado donde sus relaciones familiares, interpersonales y con las sustancias psicoactivas permanecen estables. Si bien el tiempo mínimo de permanencia son seis meses, algunos hombres han extendido su estancia durante años para asegurar un sostenimiento de los resultados por el mayor tiempo posible. Afirman que al recibir roles de cuidado o mantenimiento dentro de las instalaciones se sienten útiles, responsables, parte de una comunidad y que estas sensaciones pueden ser claves en su vida exterior para mantener los resultados de la intervención. Todas las personas que han usado fentanilo coinciden en que la *malilla* es más fuerte e incómoda que de otras sustancias, incluida la heroína, lo que hace que los procesos de desintoxicación sean dolorosos, incómodos o impensables.

Las entrevistas facilitadas por la asociación civil Marionetas del Señor fueron a mujeres que afirmaron que su sustancia de impacto es la metanfetamina, aunque dos de ellas habían tenido experiencias con el fentanilo. Estas mujeres también se encuentran internas en las instalaciones y tienen rutinas fijas de limpieza y mantenimiento de la casa, oración y diálogo de experiencias que promueven la reflexión sobre los usos de las sustancias y una vida libre de ellas. Dos de las tres mujeres notaron cambios en sus ciclos menstruales desde el inicio de la desintoxicación en el centro: su menstruación se ausentó un par de meses y luego retomó la ciclicidad acostumbrada.

Una de las mujeres inició el consumo de metanfetamina porque quería adelgazar, las otras dos en contexto de fiesta con alcohol. Las tres son madres y afirman que el uso de metanfetamina entorpeció su relación con sus hijas e hijos, desde delegar el cuidado a otras personas de la familia hasta un desapego emocional. Para estas tres mujeres la experiencia en la A.C ha sido muy positiva pues les ha brindado herramientas para apreciar a sus familias y buscar mejores condiciones de vida una vez se encuentren afuera. Sus encuentros con el fentanilo fueron no voluntarios: porque otra persona estaba fumando cerca y porque su pareja lo introdujo en la metanfetamina que iban a usar. No se sintieron cómodas con los efectos y no percibieron *malilla*, por lo que el uso no fue prolongado ni de impacto.

4. Entrevistas con personas prestadoras de servicios y con experiencia de investigación en fentanilo

Estas entrevistas proporcionaron diversas perspectivas y recomendaciones que fueron retomadas para el diálogo con las personas usuarias, el abordaje de la literatura y la recomendación de la guía. Todas las personas, excepto una, se encuentran familiarizadas con la filosofía de riesgos y daños y la aplican en su contacto con personas usuarias de sustancias.

Advierten que el conocimiento sobre uso, prevalencia y presencia de fentanilo en México se encuentra en construcción dado que es relativamente reciente y la capacidad de las organizaciones de la sociedad civil que facilitan las intervenciones, el contacto con las personas usuarias y la recolección de los datos es limitada dados los recortes de presupuestos con los que se han encontrado. Por este motivo, sus aportes no pretenden ser concluyentes sobre la realidad de esta sustancia en México. Se sabe que se trata de una transformación en la oferta de sustancias que ha reducido los costos de producción y maximizado márgenes de ganancia en el mercado de drogas ilícitas, por lo que no es posible asegurar que es una sustancia de elección entre quienes la usan.

Coinciden que se trata de grupos poblacionales en la frontera norte de la república en situaciones de alta vulnerabilidad: personas en habitabilidad de calle, deportadas o migrantes que se encontraron con el fentanilo dados los patrones de uso de heroína de la zona. Entre las estrategias para reducir los riesgos y daños del uso de fentanilo, hacen énfasis en la transición de vías de administración inyectada a fumada, lo que puede reducir el riesgo de sobredosis. Así mismo, coinciden en que es imperativo el uso de naloxona para revertir los casos de sobredosis y que la fiscalización de este medicamento es errónea y contraproducente.

Reconocen el papel relevante de las organizaciones comunitarias y de la sociedad civil para promover bienestar entre las personas usuarias de sustancias psicoactivas y declaran cierta desconfianza en los actores gubernamentales para abordar de manera adecuada los usos de sustancias psicoactivas, en particular el de fentanilo.

Por último, también hay coincidencias en la importancia de abordajes integrales a la salud física y mental y a la garantía de los derechos humanos de las personas: se deben generar condiciones de dignidad para las personas usuarias de sustancias psicoactivas.

En el concepto de la persona que no comparte un enfoque en reducción de riesgos y daños, cualquier persona que use sustancias psicoactivas puede ser llamada adicta. Además, desde su perspectiva y del lugar en el que labora, la adicción es una enfermedad que hace actuar a las personas de determinada manera. Comparte con las demás entrevistadas un deseo por hacer que las desintoxicaciones de fentanilo sean menos incómodas para las personas que acceden a los servicios.

E. Limitaciones en el estudio

Como limitaciones de esta investigación se reconocen:

- La muestra de personas alcanzadas cuenta con poca representatividad de grupos como mujeres, disidencias genéricas, personas indígenas y afromexicanas, de la tercera edad y menores de edad.
- Además de estar mediadas por sentimientos y experiencias que puede ser doloroso revivir, las conversaciones sobre sustancias psicoactivas tienen como obstáculo el enfoque prohibicionista y punitivista sobre el uso de drogas. Las personas no se sienten cómodas para dar información sobre el uso de drogas y se abstienen de participar en estudios como este por miedo a juicios o castigos de parte de las autoridades.
- No fue posible proveer materiales para la intervención que permitieran un acercamiento mayor a personas usuarias de fentanilo a través de más asociaciones civiles en la frontera norte.

REFERENCIAS

- Alvarez, D. O. (2021, October 13). *Ser yaqui y joven: el cristal o la resistencia*. *Pie De Página*. <https://piedepagina.mx/ser-yaqui-y-ser-joven-el-cristal-o-la-resistencia/>
- Arredondo Sánchez Lira, J., García de Loera Alejandra, García De Loera, L., González, P., Chávez, A., & Zwitter, G. (2022). *Testeando estimulantes: detección de fentanilo y reducción de daños en cuatro ciudades de México. Una intervención piloto*. <https://politicadedrogas.org/site/proyecto/id/26.html>
- Arsova Netzelmann, T., Dan, M., Dreezens-Fuhrke., J., Kalikov, J., Karnite, A., Kucharova, B., Musat, G. et al. (2015), *Women using drugs: a qualitative situation and needs analysis. Cross-country rapid assessment and response* (RAR Report). SPI Forschung gGmbH, Berlin.
- Bejarano Romero, R., Arredondo Sánchez-Lira, J., Slim Pasaran, S., Chávez Rivera, A., Angulo Corral, L., Salimian, A., Romero Vadillo, J. J. y Goodman-Meza, D. (2023). Implementing a decentralized opioid overdose prevention strategy in Mexico, a pending public policy issue. *The Lancet Regional Health*, 23(3). <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100535>.
- Benoit, T. and Jauffret-Roustide, M. (2016). *Improving the management of violence experienced by women who use psychoactive substances*. https://www.coe.int/T/DG3/Pompidou/Source/Documents/Women,%20Drugs%20And%20Violence_en.pdf
- Bloom, B., Owen, B. and Covington, S. (2003). *Gender responsive strategies research practice, and guiding principles for women offenders*. National Institute of Corrections, Washington DC.
- Brentari, C., Hernandez, B. and Tripodi, S. (2011). *Attention to women drug users in Europe, DCDII guidelines. European Project 'Democracy, Cities and Drugs Project II*. http://www.democitydrug.org/uploads/DCD%20II%20WP5%20Guidelines_EN
- Cámara de diputados. (2022, 16 de mayo). *DOF publica decreto sobre reformas a la Ley General de Salud en materia de salud mental y adicciones*. Acceso el 22 de enero del 2023. <https://comunicacionsocial.diputados.gob.mx/index.php/notilegis/dof-publica-decreto-sobre-reformas-a-la-ley-general-de-salud-en-materia-de-salud-mental-y-adicciones#:~:text=Con%20esta%20reforma%20se%20establece,en%20materia%20de%20derechos%20humana>.
- Cámara de Diputados. (1947, 07 de octubre). *Dictamen del proyecto de Decreto que reforma y adiciona los artículos 193, 194 y 197 del Código Penal para el Distrito Federal y los Territorios Federales en materia de Fuero Común y para toda la República en materia de Fuero Federal*. Ciudad de México. <http://cronica.diputados.gob.mx/DDebate/40/2do/Ord/19471007.html>
- CATIE. (2023). *Smoking drugs using foil: Steps to safer smoking*. CATIE - Canada's Source for HIV and Hepatitis C Information. <https://www.catie.ca/smoking-drugs-using-foil-steps-to-safer-smoking>
- CNDH. (2018). *Modelo de Atención y Tratamiento para las Personas con Farmacodependencia en Prisión*. <https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Tratamiento-Farmacodependencia-Prision.pdf>
- CONADIC (2021). *Informe sobre la Situación de la Salud Mental y el Consumo de Sustancias Psicoactivas*. México: Autor

- Cauchon, D. (2018, April 3). *How much fentanyl will kill you?* Harm Reduction Ohio. <https://www.harmreductionohio.org/how-much-fentanyl-will-kill-you-2/>
- Cid, A. S. (2021, September 28). *El laberinto de sequía, metanfetamina y violencia que encierra a los pueblos yaquis.* *El País México.* <https://elpais.com/mexico/2021-09-28/el-laberinto-de-sequia-metanfetamina-y-violencia-que-encierra-a-los-pueblos-yaquis.html>
- Connors EE, Gaines TL, Strathdee SA, Magis-Rodriguez C, Brouwer KC. Structural factors associated with methamphetamine smoking among female sex workers in Tijuana, Mexico. *Drug Alcohol Rev.* 2018 Apr;37 Suppl 1(Suppl 1):S294-S302. doi: 10.1111/dar.12633. Epub 2017 Dec 7. PMID: 29218799; PMCID.
- Coppel, E., & Moyao, S. (2023, May 18). La clínica yaqui: medicinas psicodélicas contra las adicciones. *Gatopardo.* <https://gatopardo.com/reportajes/ayahuasca-medicinas-psicodelicas-contra-las-adicciones/>
- DECRETO de 2022 [con fuerza de ley]. Por medio del cual se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones en materia de Salud Mental y Adicciones a la Ley General de Salud. México: *Diario Oficial de la Federación*, 2022. Artículo 75. https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref131_16may22.pdf.
- Dance Safe. (2023, March 28). *Methamphetamine* | *DanceSafe.* <https://dancesafe.org/speed/>
- Del Monte Madrigal, J. A. (2019). *Devenir habitante de calle en una ciudad fronteriza del norte de México: Deportación, consumo de drogas y violencias.* <https://www.redalyc.org/journal/742/74260188010/html/>
- Del Valle Vera, B. (2022). PATRONES DE POLICONSUMO SIMULTÁNEO DE SUSTANCIAS: EFECTOS POSITIVOS y NEGATIVOS EXPERIMENTADOS y ESTRATEGIAS DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EMPLEADAS. *Salud Y Drogas*, 22(1). <https://doi.org/10.21134/haaj.v22i1.687>
- Drug Policy Alliance. (2023). *Facts about methamphetamine.* https://drugpolicy.org/wp-content/uploads/2023/06/2023.06.05_methamphetamine_factsheet.pdf
- Échele Cabeza (2024). *Fentanilo y tussi, ¿En dónde estamos parados?* <https://www.echelecabeza.com/fentanilo-y-tussi-en-donde-estamos-parados/>
- Enciso, F. (2015). *Nuestra historia narcótica: pasajes para (re)legalizar las drogas en México.* Debate.
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (ENCODE). (2014). Resultados Nacionales. CONADIC. Secretaría de Salud. https://generaconocimiento.segob.gob.mx/sites/default/files/document/digital_library/77/20191024-052-resultados-nacionales-encode-2014.pdf
- Energy Control. (2021, July 19). *Metanfetamina* - energy control. <https://energycontrol.org/sustancias/metanfetamina/>
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2006). *A gender perspective on drug use and responding to drug problems.* Publications Office of the European Union, Luxembourg.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2008). *Drugs and Vulnerable Groups of Young People*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2022). *Prisons and drugs: health and social responses*. https://emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/prisons-and-drugs-health-and-social-responses_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2022). *Schools and drugs: health and social responses*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/schools-and-drugs-health-and-social-responses_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2022). *Workplaces and drugs: health and social responses*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/workplaces-and-drugs-health-and-social-responses_en
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2023). *Migrants and drugs: health and social responses*. https://www.emcdda.europa.eu/sites/default/files/pdf/14102_en.pdf?887710
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). (2023). *Older people and drugs: health and social responses*. Publications Office of the European Union, Luxembourg. https://www.emcdda.europa.eu/sites/default/files/pdf/31242_en.pdf?272515
- Fernández Cáceres, C. y Sánchez Guerrero, A. (2009). *Metanfetamina: Lo que los padres deben saber*. Centros de Integración Juvenil. P. 12-13. <http://www.intranet.cij.gob.mx/box/Vocero/Descargas/LibrosCIJ/pdf/9.%20metanfetamina.%20Loquelospadresdebensaber.pdf>.
- Festival Apoye No Castigue (FANC). (2020, diciembre 14). Los “malviajes” de la ENPA: Reflexiones sobre juventudes y política de drogas. *Animal Político*. <https://animalpolitico.com/analisis/organizaciones/innovaciones-en-politicas-de-drogas/los-malviajes-de-la-enpa-reflexiones-sobre-juventudes-y-politica-de-drogas>
- Fischer, N.R. (2022). School-based harm reduction with adolescents: a pilot study. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 17(79). <https://doi.org/10.1186/s13011-022-00502-1>
- Fleiz-Bautista, C., Domínguez-García, M., Villatoro-Velázquez, JA., Vázquez-Quiroz, F., Zafra-Mora, E., Resendiz-Escobar, E., Bustos-Gamiño, M., & Medina-Mora, M. (2019). *Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México*. INPRFM.
- Flores Pérez, C. A. (2005). *El estado en crisis: crimen organizado y política desafíos para la consolidación democrática* [Tesis doctoral, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio de la UNAM. <https://hdl.handle.net/20.500.14330/TES01000601918>.
- García-Aurrecoechea, V. R., Gutiérrez-López, A. D., Rodríguez-Kuri, S. E., Velázquez-Altamirano, M., & Fernández-Cáceres, C. (2018). Increasing methamphetamine use trends alert among patients in Mexico. *Journal of Substance Use*, 23(5), 500–505. <https://doi.org/10.1080/14659891.2018.1430182>
- Gottesdiener, L y O’Boyle, B. (2024). Fentanyl use spreads deeper into Mexico, on heels of US epidemic. *Reuters*. 20 de febrero. Disponible en: <https://www.reuters.com/world/americas/fentanyl-use-spreads-deeper-into-mexico-worrying-authorities-2024-02-20/#:~:text=That's%20because%20Mexican%20cartels%20often,companies%20on%20national%20security%20issues>.

Graham, T. (2024, January 24). Carriers sneak life-saving drugs over border as Mexico battles opioid deaths. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/global-development/2024/jan/23/mexico-us-overdose-drug-naloxone-fentanyl-opioid>

Grella, C., Scott, C., Foss, M. and Dennis, M. (2008). *Gender similarities and differences in the treatment, relapse, and recovery cycle*. *Evaluation review* 32. P. 113-137.

Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH. (2021). *SLAMMING: GUÍA PARA LA REDUCCIÓN DE DAÑOS ASOCIADOS AL USO DE DROGAS INYECTABLES EN LAS SESIONES DE SEXO*. https://www.gtt-vih.org/files/active/1/Guia_slamming_Segunda_Edicion_gTt_2021.pdf

Harris, M. T. H., Bagley, S. M., Maschke, A., Schoenberger, S. F., Sampath, S., Walley, A. Y., & Gunn, C. M. (2021). Competing risks of women and men who use fentanyl: “The number one thing I worry about would be my safety and number two would be overdose”. *Journal of substance abuse treatment*, 125, 108313. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108313>

Health Canada. (2023, September 5). *Stigma around drug use*. *Canada.ca*. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/opioids/stigma.html#:~:text=About%20stigma,-Overdose%2Drelated%20deaths&text=Stigma%20is%20negative%20attitudes%2C%20beliefs,isolate%20people%20who%20use%20drugs>.

Hernández, A. P. (2010). *Legislación de drogas y situación carcelaria en México* [Documento de trabajo, Transnational Institute]. Wola. https://www.wola.org/sites/default/files/downloadable/Drug%20Policy/2011/6-3/sistemas_sobrecargados-completo_mexico.pdf

Indígenas de Chiapas se manifiestan contra la venta de drogas y alcohol. (2023, April 21). *Aristegui Noticias*. <https://aristeguinoticias.com/2004/mexico/indigenas-de-chiapas-se-manifiestan-contra-la-venta-de-drogas-y-alcohol/>

INEGI, (2022, 23 de Junio.) Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico de drogas [Comunicado de prensa]. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_Drogas22.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2020, 24 de junio). Estadísticas A Propósito Del Día Internacional De La Lucha Contra *El Uso Indebido Y El Tráfico De Drogas* (26 De Junio). [Comunicado de prensa]. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/LUCHAVSDROGAS20.pdf>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2015). *Delitos sancionados y no personas privadas de la libertad en Centros de Readaptación Social*. Censo Nacional de Procuración de Justicia Estatal. <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/censosgobierno/estatal/cnpje/2015/>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones, Secretaría de Salud (2017). *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de drogas*.

Ley Federal Contra la Delincuencia Organizada, 1996, Reformada, Diario Oficial de la Federación [D.O.F.], 7 de noviembre de 1996, (México).

- Loza, O., Guevara, P., & Hernandez, A. G. (2020). Gender Differences in Methamphetamine Use Initiation and Trajectory of Use Among People Who Use Methamphetamine in a Mexico-US Border City. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 20(4), 288–302. <https://doi.org/10.1097/adt.0000000000000253>
- Manirakiza, A., Irakoze, L., Manirakiza, S., & Bizimana, P. (2020). Efficacy and Safety of Fentanyl Compared With Morphine among Adult Patients with Cancer: A Meta-Analysis. *The East African health research journal*, 4(1), 8–16. <https://doi.org/10.24248/eahrj.v4i1.617>
- Martin, M. L., Hecker, J., Clark, R., Frye, J., Jehle, D., Lucid, E. J., & Harchelroad, F. (1991). China white epidemic: An eastern united states emergency department experience. *Annals of Emergency Medicine*, 20(2), 158–164. [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(05\)81216-8](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(05)81216-8)
- Meier, B. (2018). Origins of an Epidemic: Purdue Pharma Knew Its Opioids Were Widely Abused. *The New York Times* [en línea], 29 de mayo. Disponible en: <<https://www.nytimes.com/2018/05/29/health/purdue-opioids-oxycotin.html>>
- Ministerio de Sanidad. (2024, 21 de febrero) *Informe final del encuentro telemático del 21 de febrero de 2023*. [Grupo de trabajo sobre tratamiento de la adicción a la metanfetamina]. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/tratamientoMetanfetamina/pdf/20230221_DGPNSD_GT_metanfetamina_informe.pdf
- Morano, L. (2022, July 26). *Sobreestimulación y “Overamping”: Sobredosis de Estimulantes*. NEXT Distro. <https://nextdistro.org/resources-collection/sobreestimulacin-y-overamping-sobredosis-de-estimulantes-6epc8>
- Mosca, D. (n.d.). *Hablemos sobre depresión en personas migrantes*. OIM OFICINA REGIONAL PARA CENTROAMÉRICA, NORTEAMÉRICA Y EL CARIBE. <https://rosanjose.iom.int/es/blogs/hablemos-sobre-depresion-en-personas-migrantes>
- NIDA. (2020, 9 de julio). *Uso de sustancias en adultos mayores*. DrugFacts. Recuperado de <https://nida.nih.gov/publications/drugfacts/substance-use-in-older-adults-drugfacts>.
- Naciones Unidas. (1961, 30 de marzo). Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes: Enmendada por el Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Nueva York. https://www.unodc.org/pdf/convention_1961_es.pdf
- Naciones Unidas. (1971, 21 de febrero). Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971. Viena. https://www.unodc.org/pdf/convention_1971_es.pdf
- Naciones Unidas. (1988, 25 de noviembre). Convención contra el Tráfico Ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988. Viena. https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf
- National Harm Reduction Coalition. (2020). *Principles of harm reduction*. harmreduction.org.
- National Institute on Drug Abuse (NIDA). (2019). *¿Cómo se elabora la metanfetamina?* National Institutes of Health. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/abuso-y-adiccion-la-metanfetamina/cual-es-la-diferencia-entre-la-metanfetamina-y-otros-estimulantes>.
- National Institute on Drug Abuse. (2023, March 3). *El fentanilo*. <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/drugfacts/el-fentanilo>

Neale, J., Nettleton, S. and Pickering, L. (2014). Gender sameness and difference in recovery from heroin dependence: a qualitative exploration. *International Journal of Drug Policy* 25, pp. 3-12.

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Consumo de Drogas (OMSMCD). (2022). Contexto de la demanda de sustancias ilícitas en 2022-2023 y acciones del Gobierno de México en materia de salud mental y adicciones. Secretaría de Salud. [Hoja de datos]. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/835202/Hoja_de_datos_consumo_de_sustancias_2022.pdf

Organización Internacional para la Migración (OIM). (2015). Condición de salud, acceso a los servicios e identificación de riesgos y vulnerabilidades asociados a la migración en Guatemala. Flacso Guatemala. https://www.ecampus.iom.int/pluginfile.php/14586/block_html/content/Migracion%20salud%20guatemala.pdf

Ospina-Escobar, Angélica. (2023). Cuerpos violables, cuerpos descartables. Mujeres que se inyectan drogas y prohibicionismo en México. *Revista interdisciplinaria de estudios de género de El Colegio de México*, 9, e1018. Epub 20 de octubre de 2023. <https://doi.org/10.24201/reg.v9i1.1018>

PanAmerican Health Organization (PAHO). (2017). Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>

Paquette, C., Daughters, S. B., & Witkiewitz, K. (2022). Expanding the continuum of substance use disorder treatment: Nonabstinence approaches. *Clinical Psychology Review*, 91, 102110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102110>

Pérez Ricart, Carlos A., e Ibarrola García, Arantxa. (2023). La transición hacia el fentanilo Cambios y continuidades del mercado de drogas en México (2015-2022). *Revista de Ciencias Sociales*, 36(53), 15-36. Epub 01 de diciembre de 2023. <https://doi.org/10.26489/rvs.v36i53.1>

Poklis, A. (1995). Fentanyl: A review for clinical and analytical toxicologists. *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology*, 33(5), pp. 439-447.

Pradilla, A. (2022, enero 27). Gobierno federal descarta hacer encuesta sobre uso de drogas que se realizaba cada cinco años. *Animal Político*. <https://animalpolitico.com/sociedad/gobierno-descarta-encuesta-drogas-se-realizaba-cada-5-anos>

Prevention First. (2008). *Ineffectiveness of Fear Appeals in Youth Alcohol, Tobacco and Other Drug (ATOD)*. Prevention. Springfield, IL: Prevention First. <https://www.prevention.org/Resources/348ad797-5165-4695-885f-1e958b8f5591/IneffectivenessofFearAppealsinYouthATODPrevention-FINAL.pdf>

ReverdeSer Colectivo. (2023). *Memorias para el Futuro: Experiencias de VerdeSer Colectivo*.

Roarty, L. and Siggers, S. (2009). *Evaluation of services to culturally and linguistically diverse (CALD) women with comorbid mental health and drug and alcohol issues*. National Drug Research Institute. Perth, Australia.

Rojas, C. (2024, January 10). *Booty bumping guide*. OnPoint NYC. <https://onpointnyc.org/booty-bumping-guide/>

Rubio, M. (2023, August 23). Usan “Cristal” más del 50% de adolescentes en asentamientos indígenas en Parral. *El Herald De Chihuahua*. <https://www.elheraldodechihuahua.com.mx/local/parral/consume-cristal-mas-del-50-de-adolescentes-en-asentamientos-indigenas-10575004.html#:~:text=El%2056%25%20de%20los%20adolescentes,20%20llevan%20una%20vida%20sana>.

S. Arpa. (2017). *Women who use drugs: Issues, needs, responses, challenges and implications for policy and practice*. Background paper commissioned by the EMCDDA for Health and social responses to drug problems: a European guide.

Salazar Méndez, A. (2023). Ejército desmantela megalaboratorio del Cártel de Sinaloa en Angostura. *Milenio*, 22 de febrero. Disponible en: <<https://www.milenio.com/estados/ejercito-desmantela-megalaboratorio-cartel-sinaloa-angostura>>

Sanjana M., Boyd, J., Wood, E., Grant, C., Milloy, M. J., DeBeck, C., Kerr, T., Hayashi, K. (2020). Elevated Prevalence of Self-Reported Unintentional Exposure to Fentanyl among Women Who Use Drugs in a Canadian Setting: A Cross-Sectional Analysis. *International Journal of Drug Policy*. 83. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.102864>.

Secretaría de Salud. (2023). Contexto de la demanda de sustancias ilícitas en 2022-2023 y acciones del Gobierno de México en materia de salud mental y adicciones. En Observatorio Mexicano De Salud Mental Y Consumo De Drogas. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/835202/Hoja_de_datos_consumo_de_sustancias_2022.pdf

Secretaría de Salud. (2023, 18 de abril). 104: *Metanfetaminas, problema de salud pública*. Portal de Prensa de la Secretaría de Salud. <https://www.gob.mx/salud/prensa/104-metanfetamina-problema-de-salud-publica?idiom=es#:~:text=Su%20uso%20inici%C3%B3%20aproximadamente%20en,en%20todo%20el%20territorio%20nacional>.

Secretaría de Salud. (2023). *Contexto de la demanda de sustancias ilícitas en 2022-2023 y acciones del Gobierno de México en materia de salud mental y adicciones*. Secretaría de Salud. [Hoja de datos]. <https://www.gob.mx/salud/conadic/documentos/contexto-de-la-demanda-de-sustancias-ilicitas-en-2022-2023-y-acciones-del-gobierno-de-mexico-en-materia-de-salud-mental-y-adicciones>

Secretaría de Seguridad Pública Ciudadana (SSPC). (2022). *Reporte de la Estrategia Nacional para la Prevención de las Adicciones*. Gobierno de México. <https://seguridad.sspc.gob.mx/uploads/documentos/224/enpa-informe-3-anos-2C-04oct22--281-29.pdf>

Snapp, Z., & Valderrábano, J. H. (2021). Tracing a path for opium gum from Mexico as a safe supply harm reduction measure for Canada. *International Journal of Drug Policy*, 91, 103066. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2020.103066>

Strathdee, S. A., Goodman-Meza, D., & Rafful, C. (2023). Addressing opioid use disorder: Mexico's step backwards. *The Lancet Regional Health*. Americas, 23, 100520. <https://doi.org/10.1016/j.lana.2023.100520>

The Drug Policy Alliance. (2023, 05 de junio). *Facts about Methamphetamine*. https://drugpolicy.org/wp-content/uploads/2023/06/2023.06.05_methamphetamine_factsheet.pdf

The National Drug and Alcohol Research Centre. (2017). *A USER'S GUIDE TO METHAMPHETAMINE: A self-help guide to reduce harm for people who use methamphetamine*. University of New South Wales. <https://www.waterlooregiondrugstrategy.ca/en/prevention-and-safer-drug-use/resources/Documents/METHbooklet.pdf>

Transform Drug Policy Foundation. (2020). *How to regulate stimulants: A practical guide* (3rd ed.).

UNGASS. (1998). *Guiding principles of drug demand reduction*. P. 14 <https://digitallibrary.un.org/record/261563?ln=es&v=pdf>

UNODC. (2022). *Tres precursores de las rutas de síntesis más comunes, utilizadas en la fabricación ilícita de fentanilo, ahora bajo control internacional*. <https://www.unodc.org/LSS/Announcement/Details/2d1af46c-4ef9-4342-94c0-a45c4cdf1470>

UNODC. (2022). *Informe mundial sobre las drogas 2021*. Publicación de las Naciones Unidas.

UNODC. (2023). *World Drug Report 2023*. Publicación de las Naciones Unidas.

UNODC. (2008). *Drug Dependence Treatment: Interventions for Drug Users in Prisons*. P. 60. https://www.unodc.org/docs/treatment/111_PRISON.pdf

UNODC. (2016). *Illicit crop cultivation. Vienna, Austria: United Nations System*. <https://www.unodc.org/unodc/en/alternative-development/illicit-crop-cultivation.html>

Valenzuela, G. M. (2023, March 10). Sonora: la metanfetamina es la droga que más se consume en etnias del estado. *El Heraldo De México*. <https://heraldodemexico.com.mx/nacional/2023/3/10/sonora-la-metanfetamina-es-la-droga-que-mas-se-consume-en-etnias-del-estado-488230.html>

Velleman, R. D., Templeton, L. and Copello, A. (2005). The role of the family in preventing and intervening with substance use and misuse: a comprehensive review of family interventions, with a focus on young people. *Drug and Alcohol Review* 24(2). P. 93–109.

Villatoro Velazquez,, J. A., Medina-Mora Icaza, M. E., Campo Sánchez,, R. M., Fregoso, I., Bustos Gamiño, D. A., Resendiz Escobar, M. N., Mujica Salazar, E., Bretón Cirett, R., Soto Hernández, M., Sayuri, I. & Martínez, V.C. (2016). El consumo de drogas en estudiantes de México: tendencias y magnitud del problema. *Salud mental*, 39(4), 193-203. Recuperado en 07 de abril de 2024, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000400193&lng=es&tlng=es.

Volkow, N. D., Han, B., Einstein, E. B., & Compton, W. M. (2021). Prevalence of Substance Use Disorders by Time Since First Substance Use Among Young People in the US. *JAMA pediatrics*, 175(6), 640–643. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.6981>

Voss, G. (2023). *Latin American Synthetic Drug Consumption Remains Modest: UNODC*. Insight Crime. Disponible en: <https://insightcrime.org/news/latin-american-synthetic-drug-consumption-remains-modest-unodc/>

