



**El Colegio
de la Frontera
Norte**

Tratamiento de mantenimiento con metadona: barreras en la adherencia de las y los usuarios de heroína, desde los procesos del control social en Ciudad Juárez, Chihuahua, en el año 2022

Tesis presentada por

Jesús Orozco Segura

Para obtener el grado de

**MAESTRO EN ACCIÓN PÚBLICA Y DESARROLLO
SOCIAL**

Ciudad Juárez, Chihuahua, México

2022

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Director(a) de Tesis: _____

Dr. Emiliano Ignacio Díaz Carnero

Aprobada por el Jurado Examinador.

1. Dra. Hilda García Pérez, lectora interna
2. Dr. Oscar Beltrán, lector externo

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a *CONACYT* por el apoyo económico brindado a través del tiempo de elaboración del presente proyecto.

Quiero agradecer al *Colegio de la Frontera Norte AC* y a los *docentes* que estuvieron en mi proceso formativo, por brindarme conocimientos científicos y humanos de gran valor.

Agradezco a mi asesor de tesis, el Dr. *Emiliano Ignacio Díaz Carnero*, por su apoyo, acompañamiento a lo largo del presente proyecto, así como por brindar sus conocimientos durante mi estancia.

Agradezco al Programa *Compañeros A.C.*, una institución de gran calidad, que facilitó que el proyecto se llevara a cabo.

Agradezco a mis lectores de tesis, la Dra. *Hilda García Pérez* y Dr. *Oscar Beltrán Pérez*, por su gran apoyo y paciencia para concretar el presente trabajo.

DEDICATORIA

A las personas que sobreviven diariamente en las calles y picaderos de heroína de Ciudad Juárez. Aquellas que luchan por tener una vida mejor y para las que ya se han rendido.

A mis padres que a pesar de la distancia siempre están.

A Ilse, mi prometida que siempre me motiva a crecer.

Resumen

En este proyecto de investigación se describe cómo el “control social” dirigido hacia consumidores y ex consumidores de heroína que reciben o recibieron tratamiento de mantenimiento con metadona, representa distintas barreras para la adherencia al tratamiento en el contexto de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Estas personas son socialmente percibidas como “desviadas” debido a historial de consumo de drogas y otras características individuales que les posicionan como un grupo en situación de vulnerabilidad, se enfrentan a la intervención coercitiva de los mecanismos de control social y estatal, teniendo repercusiones en distintos ámbitos de sus vidas, incluido el acceso a la salud, por medio de tratamiento de mantenimiento con metadona.

De tal manera que en el presente estudio realiza un análisis contextual y de la experiencia vital de las personas involucradas al tratamiento a partir del enfoque cualitativo y desde el modelo biográfico narrativo para identificar las barreras que dificultan la adherencia al tratamiento.

Las “barreras en la adherencia” que se identificaron fueron la pobreza, la presencia de una comorbilidad, la disponibilidad de heroína, la discriminación, el estigma social o institucional y la carencia de redes de apoyo, mismas que interrelacionadas se presentan en la cotidianidad de las y los pacientes del tratamiento de mantenimiento con metadona y de las personas usuarias de heroína que pretenden dejar de consumir, en el contexto de Ciudad Juárez, Chihuahua.

Palabras Clave: Metadona, heroína, control social, reducción de daños.

ABSTRACT

Users and ex-users of heroin who receive or received maintenance treatment with methadone, represent different barriers for adherence to treatment in the context of Ciudad Juárez, Chihuahua.

These people are socially perceived as "deviant" due to a history of drug use and other individual characteristics that position them as a group in a situation of vulnerability, they face the coercive intervention of social and state control mechanisms, having repercussions on different areas of their lives, including access to health, through methadone maintenance treatment.

In such a way that in the present study it performs a contextual analysis and the life experience of the people involved in the treatment from the qualitative approach and from the narrative biographical model to identify the barriers that hinder adherence to treatment.

The "adherence barriers" that were identified were poverty, the presence of a comorbidity, the availability of heroin, discrimination, social or institutional stigma and the lack of support networks, which are interrelated in the daily life of methadone maintenance treatment patients and heroin users who intend to stop using, in the context of Ciudad Juárez, Chihuahua. Keywords: Methadone, heroin, social control, harm reduction.

Keywords: Methadone, heroin, social control, risk reduction.

Tabla de contenidos

Capítulo 1	5
TEORÍA DEL CONTROL SOCIAL Y EL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA PARA USUARIOS DE HEROÍNA	5
1.1 Control social	5
1.1.1 Mecanismos del control formal en el contexto de la población usuaria de metadona	11
1.1.2 Mecanismos del control informal en el contexto de las y los usuarios de metadona	12
1.2 Reducción de daños: tratamiento por metadona	14
Capítulo 2	18
MARCO CONTEXTUAL, TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN CIUDAD JUÁREZ	18
2.1 Inicios del tratamiento con metadona en consumidores de heroína	18
2.2 Programa global para el tratamiento y atención de la farmacodependencia	22
2.3 Marco normativo para el funcionamiento de clínicas de metadona en México	23
2.4 Ciudad Juárez: un contexto crucial para entender el consumo de heroína y el tratamiento de mantenimiento con metadona	24
Capítulo 3	27
MATERIALES Y MÉTODO	27
Capítulo 4	42
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	42
4.1 Barreras socioeconómicas: Biológicas, económicas y familiares	42
4.1.1 Tratamiento de mantenimiento con metadona: primer contacto con el tratamiento y adherencia	44
4.1.2 Historia de consumo de heroína y otras drogas	47
4.1.3 Barreras socioeconómicas para la adherencia al tratamiento	50
4.2.1 Control social informal: barreras en la adherencia al tratamiento	57

4.2.1.2 Estigma y rechazo laboral Control social formal: barreras en la adherencia al tratamiento	60
4.2.2 Control social formal: barreras en la adherencia al tratamiento	62
4.3 Barreras en la adherencia al tratamiento con metadona y el paradigma de reducción de daños	65
4.4 Discusión de resultados	67
Capítulo 5	
Conclusiones y Recomendaciones	72
Referencias	79
Anexos	
Anexo I: Guión de entrevista	86
Anexo II: Perfil de los pacientes del tratamiento con metadona	89

Introducción

Históricamente, el consumo de las sustancias psicoactivas ha sido parte de la vida de los seres humanos y su uso y significado varía en el tiempo. Su uso, incluye ceremonias religiosas, rituales, usos medicinales o simplemente por razones recreativas. Sin embargo, en sociedades contemporáneas estos usos y significados son cada vez más globalizados, de tal manera que el uso de ciertas sustancias ha sido clasificado como legal y por ende socialmente aceptado, mientras otras sustancias se considerarán ilegales, por lo que su uso está sujeto a escrutinio público y rechazo social. A esto se suma que el uso de drogas ilegales, como lo son heroína, el LSD, la cocaína y las anfetaminas, afectan el funcionamiento del encéfalo y provocan cambios en el estado de ánimo y el comportamiento de los individuos, con implicaciones para la sociedad y los consumidores, los cuales enfrentan problemas de salud y marginación social.

Una de las sustancias psicoactivas ilegales que más se produce y consume actualmente es el opio y sus derivados. Internacionalmente, la heroína es el derivado del opio que se utiliza ilegalmente a mayor escala y cuya principal vía de consumo es la intravenosa. Algunos de los riesgos para la salud del uso de esta sustancia son las infecciones por el virus de inmunodeficiencia humana y la hepatitis C, aunado al riesgo de adquirir una adicción, sufrir una discapacidad o morir de una sobredosis. Por lo anterior, en México se han generado distintos programas para abordar el fenómeno del consumo de heroína, algunas dirigidas como programas estatales vinculadas al Poder Judicial y el sistema de salud, y algunas otras que nacen del sector privado y la sociedad civil.

Sin embargo, la atención dirigida hacia las personas que consumen heroína, especialmente la que surge desde el Estado, ha girado en torno a la prohibición del consumo y al estigma de los consumidores, aunado a un modelo de tratamiento basado en la abstinencia. Desde este modelo se obliga a los consumidores a dejar de consumir y experimentar malestares y dolores que pudieran ser innecesarios. Pues, desde el paradigma epidemiológico dominante se entiende que la adicción a sustancias como una enfermedad y que la abstinencia es la meta a alcanzar, teniendo como base el prohibicionismo y el ataque frontal al consumo y venta de drogas ilegales (Montañés, 2019).

Por otro lado, el tratamiento por mantenimiento y sustitución de opiáceos principalmente con metadona o buprenorfina, surge como una alternativa terapéutica para las personas que desean tratar la adicción a la heroína, sin tener que experimentar los malestares y el sufrimiento asociados a síndrome de la abstinencia. A pesar de tratarse de un modelo alternativo, los usuarios de heroína siguen siendo tratados de manera estigmatizada y despersonalizada, ya que en lugar de ser vistos como pacientes que requieren atención médica y psicológica, se usan términos peyorativos para referirse a ellos como “drogadictos” o personas “erráticas” y/o “delincuentes”. Lo anterior, supone que estas personas enfrentan diversas barreras en el acceso a la salud, empleo, vivienda y otros servicios de carácter estructural presentes en su cotidianidad, dificultando la adherencia al tratamiento con metadona.

Tomando como base la teoría del control social y el modelo de reducción de daños (Janowitz, 1975; Kemmesies, 2001), esta investigación busca conocer la percepción que los usuarios de heroína tienen respecto al tratamiento de mantenimiento con metadona, con la finalidad de identificar y caracterizar las principales barreras sociales y económicas que influyen en el proceso de adherencia y mantenimiento de su tratamiento en Ciudad Juárez, Chihuahua.

Por lo anterior, esta investigación responde a las siguientes preguntas:

- 1) ¿Cuáles son las principales barreras sociales y económicas que enfrentan los pacientes del tratamiento de mantenimiento con metadona para adherirse al tratamiento, en Ciudad Juárez Chihuahua?
- 2) ¿De qué manera intervienen los mecanismos del control social durante el tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes de Ciudad Juárez, Chihuahua?
- 3) ¿Cómo afectan los mecanismos del control social en la adherencia al tratamiento de mantenimiento con metadona desde la visión de profesionales del tratamiento en Ciudad Juárez, Chihuahua?
- 4) ¿Qué áreas de oportunidad existen en las clínicas de tratamiento con metadona para mejorar la adherencia y el acceso a tratamiento a los pacientes en Ciudad Juárez, Chihuahua?

De acuerdo a las preguntas anteriormente planteadas se pretende responder al objetivo general de: Conocer cómo los procesos de control social influyen en las prácticas de sustitución de opiáceos con metadona, su adherencia y mantenimiento en población usuaria de heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua.

De igual manera, el estudio responde a los siguientes objetivos específicos:

- 1) Caracterizar las principales barreras sociales y económicas que enfrentan los pacientes de tratamiento de mantenimiento con metadona, para adherirse al tratamiento;
- 2) Conocer cómo afectan los mecanismos de control social durante el proceso de mantenimiento por metadona;
- 3) Explicar cómo afectan los mecanismos de control social la adherencia al tratamiento de mantenimiento con metadona, desde la visión de los profesionales de salud;
- 4) Identificar necesidades de los pacientes de tratamiento de las clínicas de metadona que se puedan implementar para mejorar la adherencia al tratamiento en pacientes de Ciudad Juárez, Chihuahua.

La hipótesis del estudio es la siguiente: los mecanismos de control social influyen en la adherencia y la deserción de los programas de mantenimiento por metadona en consumidores de heroína de manera intravenosa, en Ciudad Juárez, Chihuahua; debido a que la coerción y la regulación formal e informal, asociada al uso de esta droga, incrementa la desigualdad social, lo que se expresa en barreras para la adherencia y mantenimiento del tratamiento con metadona.

La metodología utilizada consistió en un enfoque cualitativo y un diseño basado en el método biográfico narrativo. Las técnicas usadas para la recolección de datos fueron historias de vida temática y entrevistas. Para el análisis de la información recolectada se utilizó la codificación abierta y axial.

Cada uno de los puntos a desarrollar en el presente documento se dividió en seis capítulos. El capítulo 1 desarrolla el marco teórico de la investigación. El capítulo 2 desarrolla las bases conceptuales que dan origen al tratamiento de metadona, el marco

normativo del mismo, los aspectos del tratamiento en el contexto de Ciudad Juárez Chihuahua y las características particulares de las personas participantes en el estudio. Posteriormente el capítulo 3 presenta la metodología utilizada en el trabajo. En los capítulos 5 y 6 se presentan los resultados y las conclusiones y recomendaciones finales.

Capítulo 1

TEORÍA DEL CONTROL SOCIAL Y EL MODELO DE REDUCCIÓN DE DAÑOS EN EL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA PARA USUARIOS DE HEROÍNA

El objetivo del presente capítulo es el de exponer los fundamentos desde los cuales se articulan los procesos del control social con el modelo de reducción de daños modelo desde el que se desprende el tratamiento de mantenimiento con metadona. Para conseguir esto, nos basamos en la teoría del control social (Janowitz, 1975; Kemmesies, 2001) y en el modelo de reducción de daños que gira en torno al uso de metadona como tratamiento para la dependencia a la heroína (Velázquez, Friman y González, 2016). Ya que el enfoque teórico del control social y el paradigma del modelo de reducción de daños brindan una perspectiva fundamentalmente sociocultural del consumo de drogas, lo cual representa una visión más completa de este fenómeno (Romaní, 1997).

En función de lo planteado, la sección se divide en dos apartados. En el primero se desarrollan los principales elementos teóricos del control social, así como de los mecanismos de control, que influyen de manera empírica en la experiencia de las personas que consumen o consumieron drogas heroína -y otras drogas ilegales- y reciben o recibieron tratamiento de mantenimiento con metadona. Finalmente, se describe el modelo de reducción de daños enfocado al consumo no legal de sustancias.

1.1 Control social

El control social es un concepto que ha sido ampliamente utilizado dentro de la sociología, el derecho y la criminología (Cohen, 1988; Horwitz, 1990; Begalli, 1998;), sin embargo, su significado se mantiene en construcción y ha sido dotado de distintas representaciones en la literatura académica, por lo que el control social puede resultar un tanto ambiguo. No obstante, a través de la literatura sociológica han surgido distintos esfuerzos para dotar a este de un significado y uso práctico en la investigación de los distintos fenómenos y problemas sociales.

Desde mediados de los setentas, el concepto del control social ha sido abordado como el mecanismo del que se vale la sociedad para autorregularse en función de las normas y valores que rigen en dicho contexto. Según Janowitz (1975), actualmente la esencia del control social se ha mantenido ya que “en términos más fundamentales, control social se refiere a la capacidad de una sociedad para regularse de acuerdo con los principios y valores deseados” (p, 82). Esta noción del control social parte de un origen “macro sociológico” que a su vez puede ser entendido desde los procesos psicosociales más individualizados (micro sociológicos) de inducción a la conformidad (Pitch, 1988).

Así el control social ha sido abordado desde distintos enfoques, los principales han sido: los que plantean a al control social dentro de la teoría del consenso social, es decir a lo que Horowitz (1962) “concibe como un acuerdo entre comportamiento, expectativas y valores compartidos por un grupo y visión compartida en torno a identidad o concurrencia de intereses” (citado en Meyenberg, 1993 p.70), mientras, por otro lado, también puede ser entendida como una herramienta de dominación de las relaciones sociales, es decir desde la acción punitiva, en donde el control se ejerce a partir de la vigilancia, la sanción, la represión y el castigo a partir de los mecanismos del control social (Olmo, 2005).

De acuerdo a la concepción del control social anteriormente mencionada, existe otra noción más estrechamente vinculada a la visión penal, en donde el control social es concebido como un sistema que configura el orden social, a partir del impulso de la socialización entre los individuos y la intervención que sanciona las actitudes y las acciones desviadas a partir de las instituciones sociales -escuela, familia, comunidad, etc.- y a las instituciones y actores gubernamentales como cárceles, tribunales y oficiales de policía, formando así el sistema de control social a partir de subsistemas de control (Diez, 1997).

Por otro lado, Melossi (1983) complementa las visiones anteriores con una perspectiva de la ciencia política, en donde plantea al control social como una concatenación que ha tenido lugar en la transición del Estado absoluto y el Estado liberal clásico hacia la democracia compleja, en donde tienen lugar las ciencias sociales, las ciencias políticas y el derecho. Aquí, es en donde finalmente el orden social se entiende como un resultado natural del libre despliegue de los mecanismos económicos en donde el

Estado tiene como máxima el garantizar la libertad del desarrollo del modelo capitalista ante cualquier resistencia a los supuestos “derechos naturales” de la ciudadanía/burguesía (Pitch, 1988).

A partir de la visión del control social antes planteada, Pitch (1988) propone que “esta transición se encuentra implícita en el desplazamiento del orden, como cuestión central al orden como presupuesto y resultado del control social” (p.54). Así, por lo que el orden se puede entender como un consenso, o un común acuerdo y al control social como aquellos mecanismos orientados para preservar o mantener aquel orden.

En base a los distintos paradigmas alrededor de la teoría del control social esbozados previamente, se ha de puntualizar la propuesta de Janowitz (1975), quien presenta una de las visiones más apropiadas para abordar el fenómeno propuesto en el presente estudio, pues propone al control social como a la capacidad que una sociedad tiene para regularse a sí misma en torno a los valores consensuados, aunado a la posibilidad de practicar la acción del control social a las personas consideradas “desviadas”, como lo son quienes consumen o consumieron heroína e intentan abandonar el consumo por medio del tratamiento de mantenimiento con metadona.

Para lograr esto último, según Janowitz (1975) el control social supone una serie de complejidades y tiene como bases tres elementos importantes:

- 1) *La reducción de la coerción*, aunque reconoce los elementos irreductibles de la coerción en un sistema legítimo de autoridad.
- 2) *La eliminación de la miseria humana*, aunque reconoce la persistencia de cierto grado de desigualdad.
- 3) Un compromiso con los procedimientos de *redefinición de los objetivos sociales*, con el fin de mejorar el papel de la racionalidad.

Sin embargo, los elementos mencionados con anterioridad denotan que desde las bases del control social existen condiciones de excepción, condiciones que “justifican” o “merecen” ser abordados desde procesos coercitivos y que “toleran” en mayor o menor medida la existencia de la “miseria humana”. A partir de esto, podríamos abordar la realidad de los individuos y/o colectivos que más se desmarcan del orden social (los fines y

valores sociales) establecido, es decir, actores desviados al control social.

Por otra parte, la “desviación”, para Pitch (1988) es “una concepción en la cual el otro-lugar del control, más allá de que se le encuentre una ubicación, no se plantea como fuente autónoma de procesos, discursos y lógicas: la búsqueda de ‘causas’ externas a los procesos mismos de control social es vana, en la medida en la cual la ‘desviación’ no puede sino designar, justamente aquello que escapa a aquello sobre los que estos procesos intervienen” (p,58), siendo la desviación uno de los objetivos de análisis y el campo de acción del control social.

En este sentido, podemos entender al control social desde los procesos coercitivos y persuasivos que son ejercidos hacia grupos “desviados” como lo son las personas que usan drogas ilegales. Debido a que las drogas ilegales, especialmente las llamadas drogas “duras”, como lo es la heroína, representan dentro de las sociedades contemporáneas imágenes y representaciones culturales no deseadas y establecidas socialmente como desviadas. Lo anterior, da cauce a que éste denominado problema sea socialmente abordado desde los mecanismos de control sociales e institucionales que puedan restablecer el orden (Zorrilla, 1987).

En este mismo sentido, el control social está en función al mantenimiento de las relaciones de poder, pues como afirma Román (2020), “en las sociedades contemporáneas, el control social consiste en la articulación de los mecanismos informales de control, con los de tipo formal o institucional, con la finalidad de garantizar la reproducción social en términos de mantenimiento de relaciones de poder que las caracterizan” (p.186). Considerando lo anterior, los grupos más desposeídos, como el de los usuarios de drogas ilegales son el objetivo de intervención de los mecanismos de control social.

En este mismo sentido, Pitch (1988) señala que:

Las interacciones entre estas áreas de procesos y, en el interior de cada una de ellas, entre las diversas instituciones y los diversos actores involucrados, producen aquello que es definido como control social (p.60).

Es por eso que, dentro del estudio del control social es relevante distinguir que éste

es generado por vínculos que provienen de grupos o individuos y el control que deriva de las propias instituciones (Lianos, 2003). Y es que, el proceso del control social se vale de mecanismos de control que según Kemmesies (2001) “se caracterizan por orientarse en normas y valores sociales” (p. 107) estos mecanismos han sido categorizados en distintas categorías como se describen a continuación:

Pitch (1988), describe la dimensión social de la producción del control social en tres áreas:

1) el funcionamiento de las instituciones que tienen el mandato de definir y gestionar de distinta manera lo que no está bien y lo que no es normal: el derecho, el sistema de justicia penal y las agencias vinculadas al mismo, la psiquiatría, las instituciones psiquiátricas y las agencias vinculadas a las mismas.

2) el funcionamiento de las agencias involucradas en la distribución de servicios y recursos (económicos, psicológicos, sanitarios) en la medida en que tal funcionamiento se basa sobre y contribuye a la producción de nociones de lo "bueno" y lo "normal" y viceversa.

3) las actividades de grupos sociales y de movimientos colectivos como productores de nociones de lo que está bien y lo que es normal (y viceversa), especialmente cuando ellos enfrentan tales cuestiones en relación al modo en que son afrontadas por alguna institución (p.60).

Por otro lado, Ruiz (2011) divide a estas agencias o mecanismos en las siguientes categorías:

1) Los mecanismos de *control formal*, son aquellos que se conforman por estatutos, regulaciones y leyes, promovidas por el gobierno.

2) Los mecanismos de *control informal*, son aquellos que están institucionalizados socialmente para la transmisión de valores, hábitos y normas, sin la formalización por parte del Estado (Ruiz, 2011).

Esto último quizá, pueda aterrizar al fenómeno de estudio de la presente investigación a partir de mecanismos de control que pueden ser analizados empíricamente y que paralelamente atraviesan la experiencia vital de las personas que consumen o consumieron heroína y reciben o recibieron tratamiento de sustitución por medio de metadona para erradicar el consumo problemático de heroína.

De acuerdo a esto último, Kemmesies (2001) estableció una discusión en torno a la influencia que los mecanismos de control formal e informal tienen en los consumidores de drogas ilegales (esquema 1).

Cuadro 1. Categorización de mecanismos de control

<p><i>Mecanismos de control formal</i></p>	<p>- <i>Sistema penal</i></p> <p>- <i>Sistema médico</i></p>
<p><i>Mecanismos de control Informal</i></p>	<p>- <i>Circulo social (amistades, familia, entorno)</i></p> <p>- <i>Religión</i></p>

Fuente: elaboración propia con base en Kemmesies (2001).

De acuerdo con estos mecanismos, el consumo de drogas (así como su tratamiento) supone un fenómeno socialmente complejo, al que las personas acceden a través del proceso de socialización, en el que intervienen factores personales como los procesos cognitivos, actitudes, expectativas y acceso a servicios (Butorac y Rogar, 2002).

El siguiente apartado describe algunos de los mecanismos de control social formales e informales más significativos (o más visibles), que se relacionan directa e indirectamente con la experiencia de tratamiento con metadona en personas usuarias de heroína con base al modelo planteado por Kemmesies (2001).

Cabe mencionar que los usuarios de drogas ilegales comúnmente experimentan el estigma en distintas esferas de su vida. Pues como la Comisión Nacional contra las

Adicciones (la CONADIC, 2020) señala “ el estigma es uno de los fenómenos más comunes entre los usuarios de drogas, esto se replica no sólo en ámbitos donde se desconoce la naturaleza del fenómeno del consumo, también es posible identificar la estigmatización hacia los usuarios de drogas entre quienes colaboran en los centros residenciales aunque no es exclusivo de ellos, también se encuentra arraigado en el pensamiento de los trabajadores del sector salud”(p.30). Lo anterior, supone que los usuarios de drogas experimentan estigma incluso en las instituciones de salud, cuando deciden o intentan dejar de consumir heroína a través de tratamientos contra adicciones, generando desaliento o incluso una negativa de los usuarios a recibir tratamiento para la adicción a la heroína.

1.1.1 Mecanismos del control formal en el contexto de la población usuaria de metadona

Al observar los mecanismos de control formal en el contexto de las personas que buscan dejar de consumir heroína, por medio del tratamiento con metadona, existe una diversidad de situaciones, actitudes y acciones que impactan directa e indirectamente en la experiencia y la adherencia al tratamiento. Como se ha documentado, el consumo de drogas ilegales como la heroína, está relacionado con actitudes y conductas delictivas, problemas familiares, carencia de empleo fijo o formal y abandono de la escuela, con implicaciones en salud pública, familiares y personales (Chitwood et al. 2001).

Así, los mecanismos de control formal se enfocan en establecer regulaciones y leyes en torno a lo que es permitido o transgresivo en una sociedad, así como lo que es condecorado o penalizado. En el contexto de personas que intentan dejar el consumo de heroína por medio del tratamiento de mantenimiento con metadona, los mecanismos de control formal pueden impactar la experiencia y adherencia al tratamiento ya que su previo consumo de drogas implica una transgresión y penalización debido a la ilegalidad del consumo y los comportamientos y situaciones derivadas del consumo, por ejemplo, problemas familiares, carencia de empleo fijo o formal, deserción escolar (Chitwood et al. 2001).

El sistema penal, que es un mecanismo de control formal, puede representar una barrera para la adherencia al tratamiento de metadona. Por ejemplo, durante el periodo en

el que una persona que está en tratamiento por metadona es detenida por la policía y encarcelada, aunque sea por periodos breves, estas personas suelen ser privadas del tratamiento de metadona, por el tiempo de su detención incrementando las probabilidades de experimentar abstinencia y recaer en el consumo de opioides al volver a la libertad. Lo anterior, aumenta la probabilidad de que esta población sufra una sobredosis (NIDA, 2020, junio 4).

Otra situación derivada de los mecanismos formales del control, lo podemos ubicar en las mismas clínicas de tratamiento por metadona, pues estos lugares suelen estar resguardados por oficiales de policía, lo que ha supuesto que algunas personas usuarias de metadona se sientan inseguras al acudir a recibir el tratamiento (Fleiz-Bautista et al. 2019). Se ha documentado que diversas personas han experimentado problemas con la policía, debido a situaciones derivadas del consumo ilegal de drogas.

En lo que respecta al funcionamiento de las clínicas de metadona, los mecanismos del control formal que dan forma al tratamiento, inician desde los registros oficiales que se realizan de cada paciente que desea ingresar al tratamiento, pero también en el diseño de las clínicas y el entorno que les rodean, así como en las normas y procedimientos que conforman el funcionamiento de las clínicas de metadona (Harris y McElrath, 2012). Entre estas normas, podemos distinguir criterios como el tiempo de dependencia a los opioides de los usuarios, que determina el poder ser aceptados en el tratamiento de metadona (1 o 2 años), o el periodo de tiempo en el que las personas usuarias del tratamiento pueden acudir a recibir metadona a la clínica, por mencionar solo algunas de estas normas.

1.1.2 Mecanismos del control informal en el contexto de las y los usuarios de metadona

Cabe señalar que las agencias o instancias del control social informal tienen como base a la socialización. Por socialización se entiende al proceso mediante el cual se transmiten los valores y comportamientos aceptados dentro de una cultura, de tal manera que los individuos puedan desarrollarse y adaptarse al comportamiento organizado de una

sociedad determinada (Abela, 2003). Debido a que, los mecanismos del control social, son aquellos que están relacionados directamente en la socialización de las personas, el control social tiene lugar desde la vida temprana y se va reforzando a través del tiempo y de la integración a la sociedad (Aguilar, 2010).

Los mecanismos de control social más visibles son: la familia, la escuela, las amistades, el entorno barrial, los medios de comunicación y la religión, instituciones desde donde se regula en gran medida el comportamiento de las personas. Como señalan Pérez y González (2020):

Las agencias de control social informal (familia, escuela, vecindario, etc.) son identificadas como estructuras de transmisión ideológica que juegan un papel de reproducción social del comportamiento y garantizan, en definitiva, la estabilidad y el cumplimiento de las expectativas o estereotipos conductuales propios del momento social que se trate (p.17).

De acuerdo a lo mencionado anteriormente, podemos ubicar a la familia como una de los principales mecanismos (de agencia del control social informal), pues ésta es considerada el primer y principal agente de socialización existente en los seres humanos, cuyo funcionamiento se basa principalmente en los mecanismos de control informal (Pérez y González 2020). La familia es una de las principales instancias donde se transmiten los modelos de conducta aceptados (según el contexto social), a partir de representaciones sociales individuales y colectivos.

La familia, en el contexto del tratamiento de mantenimiento con metadona, tiene gran influencia en las prácticas de cuidado de la salud que lleva a la toma de decisiones para buscar tratamiento y dejar de consumir heroína. Debido a que el control informal que deriva de la familia tiene una base afectiva, en la cual la interacción emocional juega un papel crucial, los individuos que han atentado de alguna manera con los valores familiares, se enfrentan al rechazo del grupo primario (la familia) (Pérez y González 2020). Aunque cabe señalar que la identidad familiar es distinta entre las familias, y que también existen familias en donde se generan o propician riesgos en torno al consumo de drogas.

Sin embargo, la familia (al promover el dejar de consumir alguna droga para mantener relación con la familia) suele ser es una motivación para que las personas busquen tratamiento para su adicción (metadona o cualquier otro tipo de tratamiento).

Algunos estudios (Levy, 1972), indican que contar con apoyo familiar es beneficioso para que las y los consumidores puedan abandonar el hábito; por otro lado, se ha relacionado que la falta de comunicación, la existencia de conflictos familiares y falta de apoyo familiar, influye en la recaída de las personas usuarias a tratamientos para adicciones (Fleiz-Bautista, 2019).

De manera similar, la escuela constituye otra de las instancias de control social, debido a que en esta se lleva a cabo la transmisión de conocimientos y elementos formativos, para el desarrollo personal y el futuro profesional/laboral para que el individuo se desenvuelva dentro de la sociedad. Es en esta instancia en donde tiene lugar la socialización entre los individuos de la comunidad y donde la transmisión de las normas sociales ocurre. Esta institución, en colaboración con el Estado, es donde se refuerzan los modelos de conducta aceptados que forman a los individuos para posteriormente incorporarse en el campo laboral (formal) (Ferrer, 1995).

El control social, ejercido a través de las instancias antes mencionados, poseen un carácter difuso y variado, por lo que este control se ejerce desde pequeños gestos reprobatorios hacia un comportamiento inadecuado, rechazo en la opinión pública, aislamiento, ostracismo, rechazo y estigma (González, 2010).

A esta noción de control, se suma la existencia de dinámicas de correlación existentes entre los mecanismo de control, como señalan Fagan y Meares (2008): “los controles sociales informales son facilitados y quizás resaltados por la reciprocidad entre controles legales y sociales” (p.183), lo que sugiere, que las dinámicas del control social son complementarias entre los mecanismos de control formales e informales.

1.2 Reducción de daños: tratamiento por metadona

La relación que la sociedad y el Estado han establecido con algunas sustancias clasificadas como ilegales, tiene un impacto directo en las dinámicas de consumo y en la vida de las personas que consumen. Por ejemplo, el uso de sustancias en la clandestinidad tiene consecuencias en la prevención de la morbilidad y el riesgo de muerte de los usuarios de drogas ilegales. Así mismo, el consumo de drogas puede generar problemas con la justicia, problemas sanitarios, de acceso a trabajo, violencia y pobreza.

Ante estas dificultades ha surgido el modelo de reducción de daños, que funciona desde una óptica que va más allá del abordaje tradicional de la abstinencia del uso de drogas y se concentra en proteger y mejorar la salud de las personas que consumen drogas (Sánchez y Carreón, 2007). Este modelo, adapta las estrategias de intervención a las distintas realidades y contextos de los usuarios, lo que permite abordar las problemáticas relacionadas al consumo de las drogas ilegales de una manera diferente o integral; ya que estas estrategias, van acompañadas de acciones de política pública, de programas e intervenciones (Bosque-Prous y Brugal, 2016), o desde acciones personales que los mismos consumidores emplean para reducir los riesgos relacionados asociados al uso de drogas.

Esfuerzos importantes en torno a la reducción de daños se han centrado en la dependencia de opiáceos y opioides. Pues el uso de los denominados opiáceos y los opioides tienen un efecto a nivel psico-biológico, que produce una serie de acciones en los receptores del sistema nervioso central y periférico y en el tracto gastrointestinal. Dichas acciones producen un efecto analgésico, sedante y euforizante, donde el uso continuado de estas sustancias produce fuerte dependencia fisiológica, por lo que el síndrome de abstinencia aparece cuando no está presente el consumo (Honirillos, 2015).

El primer uso del concepto de reducción de daños ha estado ligado directamente con el consumo de drogas inyectables, (entre estas la heroína), y los riesgos de su uso tal y como señalan Velázquez, Friman y González (2015):

El concepto *reducción de daños* como programa de intervención ante los problemas derivados del abuso de drogas no comienza a usarse hasta finales de los años 80 como respuesta a la importancia que adquieren los problemas asociados al consumo, especialmente la epidemia del Sida entre los usuarios de drogas inyectadas (UDI's), marcando una clara diferencia en la incidencia y prevalencia de la infección por VIH entre aquellos países y regiones que comienzan con programas de reducción de daños y aquellos cuyos objetivos están orientados a la abstinencia y la comprobación de que las iniciativas puestas en marcha sobre la base de los modelos anteriores, no logran uno de sus objetivos fundamentales: mantener a los UDI's en tratamiento y conseguir que abandonen el consumo (p. 804).

De acuerdo a esto, el modelo de reducción de daños y las estrategias que derivan de éste, resultan en una visión y acción alternativa al fenómeno del consumo de drogas que históricamente ha estado encabezado por el enfoque abstinencia-lista y prohibicionista. En

cambio el modelo de reducción de daños se concentra en mitigar los daños (y riesgos), no necesariamente reduciendo o eliminando el consumo (de Andres y Delás, 2005), por lo que desde este punto de vista los tratamiento de sustitución de opioides por medio de metadona se desprenden del modelo de reducción de daños, ya que esta modalidad de tratamiento no obliga a los consumidores de drogas (derivadas del opio) a dejar de consumir y experimentar el malestar asociado, sino que se enfoca en el tránsito del consumo ilegal y de mayor riesgo, al consumo legal y controlado, reduciendo con esto los riesgos de desenlaces fatales.

A lo anterior, se suma un componente de política, ya que aunado al enfoque de reducción de daños del tratamiento por metadona, que es de carácter psicofarmacológico, se le adhiere un elemento de política (Trujols y Pérez, 2005). Por ejemplo, globalmente cerca del 30% de los países cuentan con un tratamiento regulado, mientras que cerca del 10% de los consumidores dependientes de heroína a nivel mundial tienen acceso a estos programas (OMS, 2016).

El tratamiento por metadona es ampliamente usado a nivel mundial y su efectividad ha sido comprobada en numerosos estudios (Pedrero-Pérez, 2017). Sin embargo, el tratamiento por metadona es una alternativa compleja, pues alrededor del tratamiento confluyen numerosos determinantes de éxito o abandono, que se pueden explicar desde el entorno, y de las características personales de quien recibe el tratamiento. Al respecto, Domínguez-Martín, Miranda-Estribí, Pedrero-Pérez, Pérez-López & Puerta-García (2008) señalan que en la adherencia y el abandono del tratamiento por metadona influye:

La dependencia de sustancias, las características personales, los diferentes niveles de deterioro personal y su entorno familiar y social hacen que estos pacientes presenten un cúmulo de características especiales, muy diversas, que inciden de manera directa en el modelo de atención que se les puede ofrecer.

Esto último, invita a reflexionar que los factores que determinan la adherencia al tratamiento de metadona o el abandono y recaída de las o los pacientes no solamente se reducen a condiciones personales y de historia de consumo, sino que el entorno micro-social y macrosocial influyen en mayor o menor medida, y por ende el actuar desde el Estado también juega un rol relevante.

Ampliando lo anterior, existen factores que afectan de distintas maneras la

experiencia de las personas que están un programa de tratamiento en adicciones y que en mayor o menor medida influyen en la adherencia o al tratamiento o en cambio a el abandono o la recaída, de la heroína que, debido a la gran variedad de situaciones y contextos de consumo, no pueden ser generalizables pero sí suponen una mirada multidimensional del fenómeno (Espina y García, 1992).

Según Espina y García (1993), los factores pronósticos de abandono y recaída son los siguientes: **el 31.7% de los consumidores de heroína que entrevistaron han recibido tratamiento con metadona,**

1) *Personalidad.* Características psíquicas que determinan el comportamiento de cada persona, que influyen en la adherencia o abandono y recaída del tratamiento. Entre los cuales se pueden identificar: la disposición a recibir o no tratamiento (por voluntad propia o por obligación), presencia de psicopatologías, y capacidades como el autocontrol y autoeficacia.

2) *Legales.* Experiencias previas de problemas legales como condenas o estar privados o privadas de la libertad, o en libertad condicional o provisional.

3) *Médicas.* El estado físico de las personas, y la presencia de enfermedades (VIH, VHC, etc.) y el acceso o la falta del mismo a la atención médica.

4) *Historia de consumo y policonsumo.* El consumo paralelo de sustancias a la par que de tratamiento (alcohol, heroína, metanfetamina, etc.). Así como, el tiempo de uso de drogas.

5) *Socio-laboral y familiar.* El sistema de apoyo social e institucional con el que cuentan las personas en tratamiento (familia, amigos, pareja, respaldo institucional por trabajo-derechohabiciencia) o contar con bajo apoyo social e institucional. La seguridad laboral y nivel socioeconómico.

6) *Tratamiento.* Características relacionadas directamente con el tratamiento, como: el tiempo de duración del tratamiento, experiencias previas en tratamientos, programas de reinserción dentro del tratamiento, características del centro de tratamiento demográficas e infraestructura (pp. 191-196).

El tratamiento involucra complejidades que van más allá del actuar de los centros de tratamiento, o de la condiciones materiales de las y los pacientes, sino que en realidad es

un entramado de factores diversos que convergen, en la experiencia vital particular de cada persona.

Capítulo 2

MARCO CONTEXTUAL, TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA EN CIUDAD JUÁREZ

En el presente capítulo se describen los inicios del tratamiento de mantenimiento por metadona, la normatividad que hoy en día rige el tratamiento y los resultados que se han conseguido. Primero, se describe el proceso de inicios del tratamiento de mantenimiento por metadona, en personas consumidoras de heroína. Posteriormente se describe el marco normativo global y nacional desde el cual realizan funciones los centros de tratamiento. Finalmente, se caracterizan las experiencias particulares que las y los pacientes o ex

pacientes del tratamiento de mantenimiento con metadona compartieron en la elaboración del presente estudio, esto con la finalidad de obtener un contexto más cercano de las barreras para lograr la adherencia al tratamiento que derivan o se relacionan con el control social, en Ciudad Juárez, Chihuahua.

2.1 Inicios del tratamiento con metadona en consumidores de heroína

La metadona es una sustancia narcótica sintética, cuyo uso es legal para el tratamiento de la adicción a sustancias narcóticas para el uso analgésico y el alivio de dolor neuropático. La metadona se ha comercializado legalmente desde 1947 en los Estados Unidos para los fines antes mencionados, incluso convirtiéndose en una sustancia de abuso. Esto último, ocurrió en tiempos recientes, posiblemente por el fácil acceso a ella en los tratamientos de adicciones a narcóticos (NDIC, 2005).

El tratamiento con metadona para la atención de la dependencia a la heroína surgió a mediados de los años 60's, como una alternativa médica para atender la epidemia de la heroína, que tuvo lugar en Nueva York, al finalizar la segunda guerra mundial (Joseph, Stancliff & Langrod, 2000). Surgiendo como un modelo farmacológico innovador de tratamiento, basado en la sustitución y deshabitación de la heroína gradualmente, contrario a los métodos tradicionales basados en la abstinencia.

Desde los primeros estudios realizados en 1964, en torno a la efectividad del uso de la metadona como medicamento para reducir o erradicar el consumo de heroína, se demostró su efectividad en el tratamiento a la adicción a esta sustancia (Joseph, Stancliff & Langrod, 2000), por lo que el tratamiento se diseminó rápidamente en ciudades con alta prevalencia de consumo de heroína, como Nueva York; Albuquerque, Nuevo México; y San José, California (Ruchansky, 2015).

La rápida difusión que el tratamiento tuvo inicialmente en los Estados Unidos, no solamente se debía a que la metadona resultaba útil para disminuir e incluso erradicar el consumo de heroína, sino que además mejoraba la calidad de vida de los usuarios, al disminuir los riesgos asociados al uso inyectado de drogas. La efectividad del tratamiento a principios de los noventas, tuvo como resultado que las clínicas de metadona experimentaran un crecimiento exponencial, evento que ocurrió paralelamente con la

epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) (Fernández, 2005). Lo anterior, debido a que el uso de metadona, es una práctica considerablemente menos riesgosa para contraer VIH/Sida que la de inyectarse o inhalar heroína. La metadona suele suministrarse en entornos controlados, con equipo sanitario y la vía de administración más común es la vía oral.

En la actualidad, “la metadona es el medicamento más utilizado para el tratamiento de largo plazo de las personas dependientes de la heroína o los opioides” (UNODC, 2012 pàrr.6) y es una sólida alternativa, para la prevención de VIH, pues hoy en día la población de personas que usa drogas inyectables (UDI) es la que mayor riesgo tiene de contraer VIH (NIDA, 2020) u otras infecciones de transmisión sexual.

Una característica del tratamiento con metadona es que se adapta a distintas condiciones y particularidades de la persona que recibirá el tratamiento y del entorno sociocultural. La manera en la que se prescribe y administra la metadona varía de una persona a otra, así como de un lugar a otro, y los requisitos para adquirirla también están sujetos a variaciones como la disponibilidad de recursos y de criterios ideológicos (Verster & Buning, 2000) basados en diferencias históricas, culturales, sociales, económicas y políticas, según el entorno en el que se provee el tratamiento.

El principal requisito para inscribirse al tratamiento con metadona es haber tenido una relación problemática con algún opioide/opiáceo (comúnmente heroína). Asimismo, debido a que algunos usuarios de opioides pueden regular el consumo de heroína (Warburton, Turnbull y Hough, 2005), es esencial que antes de prescribir metadona se realice un estudio de la adicción y del nivel de consumo.

De manera similar, el tratamiento habrá de adaptarse a las particularidades de las y los usuarios, ya que algunos grupos minoritarios como personas que viven con el virus de inmunodeficiencia humana, mujeres embarazadas o con niños pequeños, o pacientes duales (diagnóstico de trastorno mental y trastorno por consumo de sustancias) necesitan un tratamiento especial en las clínicas de metadona (Verster & Buning, 2000). De tal manera, que su proceso de sustitución de opiáceos por metadona tendría que adecuarse a las necesidades que estas personas puedan tener. Ya que existen condiciones propias del trastorno por consumo de opioides, de las cuales no se puede esperar que la intervención

farmacológica proporcione una intervención exitosa por sí sola (Fischer, Rehm, Kim y Kirst, 2005, p.7).

Como ejemplo de lo anterior, la interacción entre el tratamiento con metadona en pacientes que reciben tratamiento para virus de inmunodeficiencia humana o hepatitis c, puedan requerir ajustes especiales en las dosis que reciben de metadona, sobre todo cuando van a comenzar con el tratamiento, debido a que a los pacientes comúnmente les preocupa que estos tratamientos interfieran entre sí y puedan recaer en el consumo de narcóticos (NIDA, 2020, jun. 24).

En el caso de las mujeres embarazadas, el uso de metadona se usa para evitar el síndrome de abstinencia neonatal, mantener a la madre alejada de la función parental, dar seguimiento y brindar cuidados durante el embarazo y el parto. Las clínicas de metadona deben evitar retirar abruptamente el tratamiento de metadona o de otros opiáceos a esta población, para evitar el riesgo de aborto espontáneo o prematuro (Baena y López, 2007).

Sin embargo; debido a que las condiciones de embarazo y de consumo de narcóticos varía de una mujer a otra, Baena y López (2007) señalan que:

“Cuando las circunstancias son favorables (historia toxicológica corta, apoyo familiar, ausencia de enfermedades infecciosas, etc.) puede intentarse la desintoxicación lenta con metadona, que debe llevarse a cabo durante el segundo mes de gestación y en medio hospitalario.

En el mismo sentido, la población de pacientes en metadona con un diagnóstico dual o doble; es decir pacientes que además de tener una adicción a sustancias tienen un diagnóstico de alguna enfermedad mental, constituyen un gran número de la población de las clínicas de metadona, y estas requieren medidas de tratamiento integrales. Pues se estima que cerca de la mitad de las personas que sufren una enfermedad mental sufrirán también con algún trastorno de consumo de sustancias en su vida (Ross & Peselow, 2012) y se ha estudiado (Grau-López, et al. 2012) que los pacientes con comorbilidades psiquiátricas tienden a tener mayores recaídas después de un tratamiento de desintoxicación.

De acuerdo a lo anterior, las clínicas de metadona reciben de manera ambulatoria a pacientes con distintas necesidades, por lo que la eficacia de este tratamiento ha de estar

adaptado lo más posible para brindar un tratamiento adecuado según la realidad de cada paciente y lograr la mayor eficacia en el ancho de la población atendida.

De acuerdo con esto, la eficacia de los programas de metadona han sido ampliamente estudiados desde el inicio de los primeros tratamientos (Gunne & Grönbladh, 1981: Gourlay, Cherry & Cousins, 1986), cuyos resultados muestran una alta eficacia y una tasa de adherencia elevada en la mayoría de estos. Según el Informe Mundial sobre la Drogas 2021 (UNODC, 2021) el acceso a estos programas de metadona junto con los de buprenorfina se han vuelto cada vez más numerosos y accesibles, por lo que se ha observado un incremento del tratamiento médico a nivel mundial, pasando de 557 dosis diarias en 1999, a 3,317 dosis diarias en 2019.

Sin embargo, estudios recientes (Fleiz-Bautista, et al. 2019: Bin Yu, et al. 2020), reportan una disminución en la tasa de adherencia a los programas de mantenimiento por metadona. Lo anterior, influye para que las personas sufran una recaída y vuelvan al consumo de heroína u otras drogas, ya que según Wells et a., (1994, citado en Díaz Gutiérrez y Jiménez, 2010), la suspensión prematura de tratamiento constituye un factor importante en el riesgo de recaída.

El abandono de tratamiento por metadona ha sido abordado en distintos estudios (West, et. a., 2015: Fleiz-Bautista et. al., 2019), en los cuales se han explorado diversos factores que se traducen en barreras y limitantes para que las personas inscritas a los programas de metadona logren adherirse al mismo. Algunas de estas barreras incluyen factores psicosociales, como la patología mental, el estigma, la carencia de relaciones de apoyo y el habitar en entornos de alto consumo, así como la vulnerabilidad económica y diferencias de género (West et al., 2015).

A lo anterior, se suman cuestiones subjetivas como la historia de vida de las y los usuarios de los programas de metadona, la relación de consumo que estos han tenido y/o tienen con la heroína y/u otras sustancias psicoactivas y las aspiraciones, motivaciones y apoyo con el que estos cuentan en el proceso de mantenimiento por metadona.

2.2 Programa global para el tratamiento y atención de la farmacodependencia

Debido a que el tratamiento de metadona está actualmente difundido alrededor de todo el mundo, existen directrices a seguir que buscan garantizar las correctas prácticas de

tratamiento y atención a las personas que padecen algún trastorno de consumo de drogas en el plano internacional. Por lo que se diseñó un Programa Global para el Tratamiento y Atención de la Farmacodependencia, como una iniciativa interinstitucional, la cual busca diseminar las buenas prácticas de acceso, atención, tratamiento y adherencia a la farmacodependencia en base a resultados basados en evidencias científicas y principios éticos en este campo. Desde este Programa Global, se pretende garantizar a las personas con farmacodependencia los mismos estándares de calidad y oportunidades que son proporcionados por el sistema de salud para cualquier otra enfermedad crónica (UNODC, 2017 p.7).

El marco normativo internacional desde el cual se rige dicho programa, se ajusta a una serie de principios y normas, para garantizar las buenas prácticas de intervención farmacológica y psicosocial con sólidas bases éticas y científicas. Estos principios emitidos por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2020), han sido resumidos a continuación:

- i) El tratamiento debe ser accesible en los distintos niveles del sistema de salud;
- ii) Los servicios de tratamiento deben de ser accesibles y asequibles a los individuos que los requieran y deben de ser adecuados a su contexto y necesidades;
- iii) El personal de los servicios de tratamiento debe ser seleccionado y capacitado para brindar un servicio de calidad;
- iv) Los servicios de tratamiento deben respetar los derechos humanos y la integridad de sus beneficiarios;
- v) Los servicios de tratamiento deben estar en concordancia con los marcos legales;
- vi) El tratamiento brindado debe estar basado en evidencia científica y estandarizado a cada población;
- vii) El tratamiento deberá de ser integral e individualizado; y
- viii) Los servicios de tratamiento deben de ser monitoreados para garantizar el cumplimiento de las Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas.

2.3 Marco normativo para el funcionamiento de clínicas de metadona en México

En el escenario nacional, las clínicas de metadona deben ajustarse a lo establecido en la *Norma Oficial Mexicana- NOM 028* para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, misma que según la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) tiene por objetivo “establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones” (2009, p.14) por lo que las directrices y lineamientos que derivan de esta norma son el marco legal dentro del que actúan las clínicas para garantizar el buen actuar.

Para el propósito de este estudio se destacan algunas directrices de la NOM-028, que bien pueden estar especialmente relacionadas con el objetivo del presente. Entre las directrices que se destacan están las que giran en torno a las características de las *instalaciones*, de *los recursos humanos* y finalmente de *la atención y tratamiento de los pacientes*.

Sobre las instalaciones. Las clínicas deberán ofrecer atención a 50 pacientes por día como mínimo. El espacio físico tiene que contar con servicios públicos necesarios como agua, luz y drenaje. Además de las siguientes áreas: unidad de consulta externa, recepción, consultorio médico, consultorio de psicología, área administrativa, área de dosificación, área de resguardo de medicamentos, área de terapia grupal, sanitarios para usuarios y área de recolección de orina, así como perfectas condiciones de higiene, materiales para desecho de residuos (contenedores), y disponer siempre con suficiente medicamento (metadona) para garantizar el tratamiento a los pacientes.

De los recursos humanos. Se establece que las clínicas de metadona deben de contar con el siguiente personal: médico psiquiatra, médico general, psicólogo clínico, químico farmacéutico, trabajador social, personal de intendencia y de seguridad.

Respecto a la atención y el tratamiento a los pacientes. Se debe llevar a cabo una evaluación integral de pacientes que ingresan al programa, ofreciéndoles servicios de atención curativa con la que cuentan los programas (terapia individual, grupal o familiar, farmacoterapia de apoyo y orientación), o canalización a otros servicios que no brinda la clínica. Además, se deberá informar claramente a los pacientes sobre la metadona y los objetivos de estos programas, así como de las precauciones que deben tener con el medicamento, procurando evitar problemas clínicos o legales. Y los programas deberán contar con apoyos diversos en terapia como: psicoterapia, consejería, grupos

psicoeducativos, de ayuda mutua y terapias de comorbilidad, física y/o biológica (CONADIC, 2016).

2.4 Ciudad Juárez: un contexto crucial para entender el consumo de heroína y el tratamiento de mantenimiento con metadona

Ciudad Juárez Chihuahua, es una ciudad industrial ubicada en la frontera norte de México con los Estados Unidos, en la cual el tránsito, el consumo de drogas ilegales y las consecuencias en materia de seguridad y sanitaria han colocado a esta ciudad en el plano nacional e internacional como una entidad con graves problemas relacionados con las drogas (CONADIC, 2019). En donde la heroína es una de las drogas con mayor impacto en la población. Al considerar los datos de Centros de Integración Juvenil, que describen a la población usuaria de drogas que esta institución paraestatal atiende semestralmente (CIJ, 2019), se observa que la prevalencia de consumo de heroína fue de 12.6% en Chihuahua, mientras nacionalmente fue de 2.6%.

La heroína es una droga ilegal con alta prevalencia en la ciudad, lo que ha llevado a que su consumo tenga lugar en espacios clandestinos llamados “picaderos”, en donde las personas se reúnen para consumir heroína y otras drogas, ocultos de la policía y de las demás personas. Estos espacios suelen ser casas abandonadas, lotes baldíos, vecindades, cementerios y en ocasiones casas de otros consumidores. Las características de los “picadero” y las dinámicas de consumo y uso de estos lugares varían, ya que estos espacios se han configurado para recibir a la gran población de personas consumidoras de toda la ciudad, estimándose en 2016 cerca de 6 mil, el número de picaderos existentes en la ciudad (Chaparro, L, 2016).

Ante esta realidad, se han establecido clínicas de metadona en la ciudad para atender a la población consumidora de heroína. Clínicas que en su mayoría han sido clínicas particulares, siendo la excepción la clínica de metadona de Centros de Integración Juvenil, la cual pertenece al sector paraestatal, misma que inició actividades en la ciudad en 2001. Esta clínica se fundó con el objetivo de atender la creciente problemática derivada del uso de heroína en la ciudad, en donde además de suministrar metadona por parte del equipo

médico capacitado, se brinda un tratamiento de atención integral mediante medicina general, psiquiatría, psicología y trabajo social, lo que genera condiciones que favorecen la rehabilitación y reinserción social a los usuarios de la clínica (Jusidman y Almada, 2007). Se estima, que cada año se atienden cerca de 400 usuarios nuevos (Sánchez, G. 2013).

El procedimiento realizado en las clínicas de tratamiento con metadona en el contexto local ha sido descrito en la “Caracterización de los Servicios para Personas que Consumen Heroína, Fentanilo y otros Opioides en la Frontera Norte de México” (CONADIC, 2020). Este documento, indica que el tratamiento está dividido en tres fases fundamentales: la primera fase, conocida como de inducción o aguda¹, tiene una duración promedio de 9 meses, la segunda fase conocida de mantenimiento, dura en promedio 2 años; y finalmente la fase de deshabitación del fármaco, dura en promedio 6 meses.

Sin embargo, aunque el plan de tratamiento antes mencionado mantiene una estructura y tiene un tiempo promedio de duración, la realidad es que cada una de las fases que componen el plan de tratamiento, puede variar en cada paciente.

Además, el tratamiento por medio de metadona no es únicamente farmacológico, pues dentro de este existe la intervención psicológica, terapias grupales, consejería individual y apoyo psicosocial (CONADIC, 2020). Sin embargo, alrededor del tratamiento de cada paciente influyen distintas condiciones que pueden respaldar la adherencia al tratamiento o el abandono del mismo, por ejemplo: el apoyo o involucramiento familiar, el tiempo consumiendo droga, el contar con un empleo, y demás factores que se relacionan con la adaptación social de los pacientes. Por lo que el contexto social es crucial durante el proceso de mantenimiento por metadona en usuarios consumidores de heroína.

¹ La fase aguda o de inducción es aquella que tiene por objetivo el encontrar la dosis óptima-mínima en la cual el paciente se encuentre bien, sin deseos de consumir heroína (u otro opiáceo) y que no experimenta el síndrome de abstinencia (Baño, López & Guillén, 2003).

Capítulo 3

MATERIALES Y MÉTODO

En este tercer capítulo se presenta de manera detallada la conceptualización de las barreras en la adherencia al tratamiento empleadas en el estudio, así como la metodología utilizada en el mismo, incluyendo el diseño, la selección de la muestra y el procedimiento de recolección de información.

Para el desarrollo de la investigación se llevó a cabo un análisis de información secundaria y primaria. Primero se revisó el marco normativo y operativo del tratamiento de mantenimiento con metadona, así como de investigaciones realizadas con la población usuaria de drogas inyectables y en tratamiento con metadona en el contexto local.

Adicionalmente, se recolectó información en torno al tratamiento de mantenimiento con metadona desde la perspectiva de profesionales de la salud e investigadores del tema, y directamente desde la historia de vida de las personas que están o han estado recibiendo tratamiento con metadona en Ciudad Juárez. Finalmente, se llevó a cabo el análisis de los datos.

3.1 Barreras en la adherencia al tratamiento de mantenimiento con metadona

Por barreras en la adherencia al tratamiento de mantenimiento con metadona en el presente estudio nos referimos a: aquellos factores que representan dificultades u obstáculos para que los pacientes del tratamiento de mantenimiento con metadona inicien o mantengan el tratamiento farmacológico, psicológico y las recomendaciones profesionales, implicados en el tratamiento con metadona. A la adherencia nos ceñimos a la definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud (2003) entendida como “La medida en que la conducta de una persona al tomar medicamentos, seguir una dieta y/o realizar cambios en su estilo de vida, corresponde con las recomendaciones acordadas por un proveedor de atención médica”.

Las barreras en la adherencia al tratamiento a las que se enfrentan los pacientes del tratamiento con metadona son experimentadas de distinta manera por cada paciente, ya que estos factores pueden surgir de la relación entre el paciente, el entorno y los proveedores

del tratamiento (Hernández et al. 2018). En base a esto último se exponen las barreras más frecuentes y las más significativas que describieron el total de informantes del presente estudio.

3.1.2 Barreras socioeconómicas, demográficas y familiares:

Por barreras sociales nos referimos a aquellas condiciones particulares que enfrenta cada individuo, referentes a la distancia social que determinan el acceso al tratamiento. Esta distancia social, es la existente entre un potencial usuario y el servicio sanitario, estas condiciones determinantes pueden ser la clase social, el nivel educativo, la percepción de valores culturales y creencia (Sánchez-Torres, 2017).

En base a lo anteriormente mencionado, la clase social a la que se pertenece está directamente ligado al acceso y por ende a la adherencia al tratamiento. Pues como señala Sánchez-Torres (2017) “las barreras económicas también impiden la accesibilidad, ya sea por falta de recursos para el transporte como para la compra de medicamentos” (p. 85).

Por otro lado, se entiende por barreras demográficas a la influencia que las características como el sexo, la edad y el nivel de escolaridad suponen frente al acceso al servicio sanitario (Sánchez-Torres, 2017).

Mientras que otra de las barreras que se tomaron en cuenta son aquellas relacionadas a la vivienda, en tanto las personas con las que comparte vivienda, como si vive en condición de calle y la distancia que el usuario tiene que recorrer, el tiempo que utiliza para acudir y los medios viales y de transporte de los que dispone para recibir tratamiento. A estas barreras Sánchez-Torres (2017) les denomina geográficas y territoriales, mismas que están estrechamente relacionadas en el acceso al tratamiento y a la adherencia.

3.1.2 Barreras en la adherencia: control social formal

Cabe señalar que la relación entre la adherencia a un tratamiento y el control social formal se ha establecido escasamente, para fines del presente estudio lo establecimos en base a las barreras que el sistema médico sanitario y las barreras legales que los usuarios enfrentan en el acceso y adherencia al tratamiento. De acuerdo a lo anteriormente

mencionado, Sánchez-Torres (2017) señala a las primeras como parte de las barreras administrativas, las cuales están directamente relacionadas con la propia organización de los servicios de salud y de los programas (procesos dentro de la clínica, horarios, vinculación entre los distintos departamentos dentro del tratamiento integral con metadona, etc.).

Mientras que por barreras legales, nos ceñimos a las dificultades y consecuencias que la maquinaria del sistema jurídico, impone sobre los usuarios del servicio. A estas últimas, nos referimos principalmente a aquellas condiciones legales que dificultan el acceso y la adherencia al tratamiento con metadona, debido a la relación que estas personas tienen o han tenido con el consumo de sustancias ilegales, que interfieren en el tratamiento que reciben. Dentro de las que podemos ubicar las detenciones por parte de los oficiales de policía, la privación de la libertad y algunas otras implicaciones que las leyes puedan tener frente a las situaciones particulares de las y los usuarios del servicio de metadona.

3.1.3 Barreras en la adherencia: control social informal

Las barreras en la adherencia que articulamos desde el control social informal para el presente estudio, son aquellas barreras que están estrechamente ligadas a las normas sociales y valores compartidos dentro de una determinada sociedad. Estas pueden entenderse a partir de las denominadas barreras culturales, mismas que se entienden como las costumbres y la visión compartida por un grupo acerca de la enfermedad, dando pauta a como se abordará determinada enfermedad (Sánchez-Torres, 2017).

Estas barreras, pueden estar directamente relacionadas con el apoyo y/o rechazo que las y los usuarios de servicio reciben por parte de la comunidad (familiar, barrial, municipal y dentro de las clínicas de tratamiento). El trato que reciben por parte de la comunidad, influye en la actitud de los usuario mantienen respecto al tratamiento (Sánchez-Torres, 2017).

3.2 Área de estudio y selección de la muestra

El tratamiento de mantenimiento con metadona se brinda en distintas ciudades del país, especialmente en aquellas ciudades en donde existe una alta prevalencia de consumo

de heroína. Sin embargo, el fenómeno de los bajos niveles de adherencia, el consumo paralelo de heroína y metadona, así como el abandono del tratamiento por parte de los pacientes ha sido poco documentado y explorado. Por lo anterior, se puede justificar que esta investigación se lleve a cabo en el contexto de Ciudad Juárez, Chihuahua tomando como consideración que Ciudad Juárez cuenta con dos clínicas² de metadona desde principios del 2000, además de ser una de las ciudades con mayor consumo de heroína en el país. Además, de estar localizada, en un estado que destaca por el consumo de heroína a nivel nacional³. De igual manera, su ubicación geográfica y su condición de frontera, ha sido caracterizada como una zona de tráfico y consumo de drogas, especialmente opiáceos. Aunado a los anterior, recientemente se han documentado que se observan en la ciudad presenta niveles elevados de abandono en el tratamiento de mantenimiento con metadona⁴.

Debido a las características antes mencionadas, se seleccionó a Ciudad Juárez, Chihuahua, como el área de estudio del fenómeno del abandono y falta de retención de pacientes del tratamiento con metadona, usando el enfoque de control social. Por lo que, para realizar este estudio se optó por realizar estudios de caso desde el método biográfico-narrativo, en donde los participantes/informantes narran su experiencia de vida desde la crianza, acontecimientos en torno al uso de drogas, tratamientos de la adicción a la heroína, el tratamiento de metadona y sus experiencias de discriminación, exclusión y violencia (relacionadas a su consumo de drogas), y como estas representan barreras para adherirse al tratamiento de metadona y mejorar su calidad de vida.

La población objeto de estudio fueron 7 personas de ambos sexos en un rango de edad de 42 y 54 años de edad, además de contar con la participación de 2 profesionales del

² Al momento de la investigación en abril de 2022 se encontraba en funcionamiento la Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones S.A. de C.V. y Centros de Integración Juvenil, A.C: Unidad de tratamiento para usuarios de heroína.

³ Según el Sistema de Información Epidemiológica publicado por Centros de Integración Juvenil en 2022, de acuerdo a los pacientes de tratamiento por esta institución en México, el Estado de Chihuahua reporta tasas de consumo de heroína superiores al resto del país. Para mayor información consultar: Gutiérrez, D. (2022). Estados donde el consumo de cannabis, inhalables, cocaína, crack, metanfetaminas, éxtasis, heroína y alucinógenos se ubica por arriba de la media nacional en Centros de Integración Juvenil, 2º semestre de 2021 (Mapas). Recuperado 18 de mayo de 2022 <http://www.cij.gob.mx/programas/Investigacion/pdf/22-01h.pdf>

⁴ En el estudio “Cuqueando la chiva” (2019), llevado a cabo con personas consumidoras de heroína de las ciudades de Tijuana, Ciudad Juárez y San Luis Río Colorado, se señaló que 309 de estas personas han recibido tratamiento con metadona y la gran mayoría abandonaron el tratamiento, estando adheridas al tratamiento durante el periodo de la investigación únicamente 30. Fleiz-Bautista, C., et al. (2019). Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México. *Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.*

tratamiento con metadona. Por su parte, la población seleccionada está en el rango de edad de las personas que buscan tratamiento en las clínicas de tratamiento con metadona ubicadas en Ciudad Juárez, lo anterior, según información proporcionada por el director de la *Unidad de tratamiento para usuarios de heroína* perteneciente a *Centros de Integración Juvenil, A.C* en Ciudad Juárez, Chihuahua. El grupo de participantes incluye 2 mujeres y 5 hombres, los cuales en su totalidad han estado o están adheridos al tratamiento con metadona por ser usuarias de heroína. Los criterios para la selección de los participantes fueron: que los participantes fueran residentes permanentes de Ciudad Juárez, tengan una historia de adicción de heroína y hayan recibido tratamiento de mantenimiento con metadona entre el periodo de 2018 y 2022.

El contacto con los participantes tuvo lugar en las instalaciones de la organización social dedicada a la prevención de VIH y a la reducción de daños dirigida a personas que usan drogas inyectables “Programa Compañeros A.C”, en donde comúnmente acuden personas que reciben tratamiento de mantenimiento con metadona y personas que consumen heroína que han estado inscritas a clínicas de tratamiento con metadona en el pasado. Para seleccionar a los participantes se estableció previamente diálogo con diversos miembros de la institución, para posteriormente tener un acercamiento a las personas beneficiarias del programa que cumplieran con los criterios de selección.

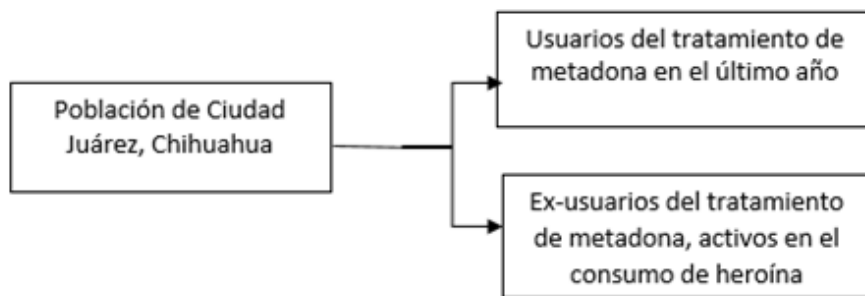
El primer acercamiento directo con los posibles participantes del estudio se estableció mediante el diálogo con los beneficiarios del programa, el cual fue facilitado por los trabajadores pares⁵, quienes conocen a los beneficiarios y sobre su condición de consumo de heroína.

Aunque, se observó un gran interés por participar en el estudio por parte de los usuarios del programa, la gran mayoría de estos tenían más de 4 años de haber recibido tratamiento con metadona. Identificar participantes que cumplieran con el criterio de selección, de tener una experiencia reciente en el tratamiento de mantenimiento con metadona, demandó más tiempo de lo previsto, por lo que por cuestiones de tiempo se seleccionó una población de siete personas, que son los participantes en la investigación.

La figura siguiente ilustra los criterios de inclusión de los participantes en el estudio: La selección de la muestra pudo diferenciarse en dos principales características, como se ilustra a continuación:

⁵ Pares: se refiere a empleados de la organización que fueron consumidores de heroína

Figura 3. Población objeto de estudio



Fuente: Elaboración propia

Por otro lado, se contó con la participación de dos profesionales de la salud, con amplio conocimiento en el consumo de heroína y sobre el tratamiento de mantenimiento con metadona, en el contexto local. Para mantener la confidencialidad de estos participantes, en el presente documento nos referimos a ellos como “profesionales del tema”. Las entrevistas realizadas a estos profesionales de la salud han sido de manera dinámica, pues en ambos casos se estableció contacto inicial vía telefónica, en donde se acordó la fecha y el medio para realizar la entrevista. Siendo la entrevista hacia uno de ellos de manera virtual, vía video llamada y la segunda de manera presencial, en las instalaciones de Programa Compañeros AC.

Estos participantes fueron, el director de una unidad de tratamiento con metadona y una investigadora especializada en el tema del consumo de heroína y del tratamiento con metadona, denominados como: profesional del tema 1 y 2, respectivamente. La colaboración de estos participantes ha sido de utilidad para obtener información que permita tener una visión más amplia del fenómeno de estudio.

3.3 Diseño de investigación

El presente estudio ha sido diseñado desde el enfoque cualitativo-exploratorio. Se ha definido como exploratorio debido a que aunque han sido estudiadas las barreras en la adherencia en la metadona (Fleiz-Bautista et al. 2019; Morales y Martínez, 2020; Cañellas, 2022), las ideas abordadas en el presente trabajo han sido remotamente vinculadas. Ya que como señala Sampieri (2006) “Si la literatura nos revela guías aún no estudiadas e ideas vagamente vinculadas con el problema de investigación, la situación resulta similar, es decir el estudio iniciaría como exploratorio” (p. 111). Por otro lado, esta investigación se ha llevado a cabo desde el método cualitativo, debido a que (2003), “la metodología cualitativa es la más adecuada para el análisis de la naturaleza del consumo de drogas del tipo de la heroína, debido al carácter oculto de su uso y a la complejidad cultural que esta implica” (Linares y Carivoto, 2003 p, 17).

Por lo que, el método exploratorio-cualitativo supone un enfoque óptimo para explorar y analizar las barreras que enfrentan o han enfrentado los pacientes del tratamiento con metadona, desde su propia vivencia y narrativa.

Además, este diseño es útil para exponer el fenómeno de estudio desde la perspectiva y experiencia de las personas. Pues la investigación cualitativa lleva al investigador a tratar de desarrollar la comprensión de los fenómenos de estudio basándose, tanto como le sea posible, en la perspectiva de quienes están siendo estudiados (Elliot, Fischer y Rennie, 1999). Consiguiendo de esta manera presentar el fenómeno de estudio desde la perspectiva de los propios participantes, lo que constituye un estudio alternativo a los realizados por instituciones gubernamentales o programas de salud en el contexto de Ciudad Juárez.

Debido a que el objetivo del estudio es dar voz a las personas que han experimentado barreras estructurales para acceder al tratamiento de mantenimiento con metadona, el enfoque cualitativo basado en el método biográfico-narrativo, - técnica de historias de vida temática o focalizada-, brinda la posibilidad el análisis del fenómeno. Pues, el enfoque biográfico narrativo tiene como base una postura epistemológica constructivista, la cual se concentra en la comprensión del papel que el sujeto enfrenta dentro de la estructura de las prácticas sociales (Bolívar, 2012).

Además, desde este enfoque el acercamiento al fenómeno de estudio según Buitrago y Arias (2018) se da a partir de la "...mayor relevancia al contexto social y asumen la construcción del conocimiento desde el punto de vista de un intercambio entre individuos que comparten un contexto cultural", por lo que si bien la información obtenida a partir de cada individuo no es generalizable, si genera condiciones propicias para tener un amplio conocimiento de un tema sobre un mismo contexto cultural.

En este mismo sentido, el método biográfico-narrativo constituye una apertura en la experiencia e historia que trasciende la dimensión individual o personal para generar una historia comunal que, aunque abre una comunicación entre los individuos contemporáneos adscritos a un mismo contexto, puede también abrir comunicación entre los predecesores y sucesores (Ricoeur, 2003). Por lo que este modelo puede facilitar el acceso al conocimiento a través de la experiencia vital de las personas que han abandonado el tratamiento de mantenimiento con metadona en períodos recientes y de las personas que al momento de su participación en el presente estudio se mantienen adheridas al tratamiento de metadona, pudiendo encontrar similitudes y diferencias en sus experiencias en el tratamiento de metadona y en el contexto social y territorial en el que habitan. Lo que brinda una visión más amplia del fenómeno estudiado.

3.4 Métodos de recolección de datos

Para la obtención de datos del estudio, se implementó la técnica de historias de vida, también conocidas como relato biográfico. Se optó por esta técnica debido a la relevancia que la subjetividad de los sujetos de estudio supone en el presente estudio y a la experiencia personal que los sujetos son actores activos dentro de su contexto. De acuerdo a lo anteriormente mencionado, Puyana y Barreto (1994) señalan que la técnica de historias de vida "...busca alternativas diferentes a aquellos procesos de investigación que privilegian la cuantificación de los datos asumiendo la información estadística como único o determinante criterio de validez y que, amparados en una pretensión de objetividad convierten a los sujetos en objetos pasivos desconociendo su contexto" (p. 187).

La técnica de recolección de datos de historias de vida dentro del método biográfico narrativo, implica que al inicio del proceso el investigador colabora con el narrador para que ambos den sentido a la trayectoria de vida al ponerla en una escena

concreta (Bolívar, 2012). De este modo, la técnica de historias de vida no es solo una entrevista en donde el narrador comparte su historia, sino que es puesta en perspectiva en colaboración con el entrevistador. En torno a esto Bolívar (2012) señala que “...en la investigación narrativa, se trata de vivir la historia, donde las dos narrativas (investigador y participante) confluyen en una construcción narrativa compartida” (p. 4).

De acuerdo a esto último señalado, existen distintas enfoques de las técnicas de historias de vida, según Coninck y Godard (en Lulle, Vargas y Zamudio, 2008) existen tres principales modelos dentro de los estudios biográficos, lo cuales son: el modelo arqueológico, el modelo centrado en la trayectoria y el modelo estructural. Siendo el modelo centrado en la trayectoria el utilizado en la presente investigación.

El modelo de historia de vida centrado en la trayectoria según Cotan (2015) consiste en el “...estudio el proceso y la trayectoria en sí y los sucesos que intervienen a lo largo del mismo” (p. 7), por lo cual es el modelo más adecuado para la presente investigación, ya que esta se centra en una trayectoria concreta y los sucesos que intervienen alrededor de ella.

Debido a lo anteriormente mencionado, la técnica de historias de vida resulta de utilidad para obtener información de los participantes como sujetos activos dentro de su propio contexto, que experimentan y reconocen desde su subjetividad lo que ocurre en el/ella y cómo afecta en su vida. En torno a esto Puyana y Barreto (1994) señalan que “la historia de vida proporciona una lectura de lo social a través de la reconstrucción del lenguaje, en el cual se expresan los pensamientos, los deseos y el mismo inconsciente; constituye, por tanto una herramienta invaluable para el conocimiento de los hechos sociales, para el análisis de los procesos de integración cultural y para el estudio de los sucesos presentes en la formación de identidades” (p. 187).

Por lo que desde esta técnica permite localizar el relato que los informantes brindan en un contexto determinado, brindando la posibilidad de revivir desde su narrativa lo que en algún punto de su vida experimentaron, dando la posibilidad de situarse intelectual y emocionalmente al momento en que acontecían las circunstancias abordadas en su historia de vida, lo que según García (1995)...“permite dibujar un perfil cotidiano de la vida de una persona o grupo de personas a lo largo del tiempo” (p. 42).

Lo anterior, es una cualidad útil para la elaboración de la presente investigación, pues el fenómeno de estudio de “las barreras en la adherencia al tratamiento con metadona” representa un fenómeno multicausal, en donde distintas experiencias de vida confluyen y ubican al “protagonista” de la historia de vida ante el fenómeno de estudio. Esto se logra a partir de que “- el análisis supone todo un proceso de indagación, a través de una metodología fundamentada en entrevistas y charlas entre investigador y protagonista, sobre los sentimientos, la manera de entender, comprender, experimentar y vivenciar el mundo y la realidad cotidiana, de este último, intentando conferir finalmente, una unidad global al relato o bien dirigirlo hacia un aspecto concreto, que es el especialmente analizado por el investigador” (García, 1995, p.42).

Por consiguiente, la historia de vida temática centrada en la trayectoria de las y los participantes con experiencia en el tratamiento de mantenimiento con metadona, se ha llevado a cabo a partir de un guion de entrevista (ver Anexo 1), desde el cual se dota de una estructura lógica respecto a los temas de interés en el presente estudio y con lógica temporal, lo que facilitó obtener la información más relevante para el estudio.

Por otro lado, para enriquecer la información en torno al fenómeno de las barreras en torno a la adherencia al tratamiento de metadona en pacientes usuarios/ex usuarios de heroína, se realizaron encuestas a profesionales de la salud, con amplio conocimiento del tratamiento de mantenimiento con metadona en el contexto de Ciudad Juárez, Chihuahua. Se optó por realizar entrevistas pues, “el principal objetivo de una entrevista es obtener información de forma oral y personalizada sobre acontecimientos, experiencias, opiniones de personas” (Folgeiras, 2016 p. 2).

La estructura que se seleccionó para la entrevista dirigida hacia los profesionales de la salud, fue la semiestructurada. Debido a que la entrevista semiestructurada tiene como base el tipo de información que se requiere para la investigación, establecida en un guión de preguntas abiertas que permiten recoger información rica y con matices que no son posibles en entrevistas estructuradas u otro tipo de entrevistas (Folgeiras, 2016). Este tipo de entrevista es adecuada cuando para el abordaje de un tema exploratorio.

Para complementar el trabajo de campo, se han realizado notas de campo. Las cuales consisten en un registro de situaciones observadas durante el trabajo de campo que se consideran relevantes para la investigación.

Las observaciones registradas, van desde el aspecto físico de los participantes, las características en torno a las clínicas de tratamiento de metadona ubicadas en Ciudad Juárez. Así como de la convivencia de los miembros de las clínicas de metadona y de usuarios de heroína en el entorno de Programas Compañeros A.C. Las observaciones han sido registradas en un diario de campo de manera escrita.

Es importante señalar que, para garantizar la confidencialidad de los participantes en el estudio, el nombre de los participantes no se mencionó, en cambio para referirse a estos se utilizaron pseudónimos.

3.5 Operacionalización de las variables

Para obtener la información necesaria para el estudio es prioridad definir la manera en la que se observa el fenómeno del estudio. Para conseguir esto último se realizó la operacionalización de las variables, lo cual según Carrasco (2009) “...consiste en descomponer deductivamente las variables que componen el problema de investigación, partiendo desde lo más general a lo más específico; es decir que estas variables se dividen (si son complejas) en dimensiones, áreas, aspectos, indicadores, índices, subíndices, ítems; mientras si son concretas solamente en indicadores, índices e ítems” (p. 226).

La finalidad de este método, es el de construir una matriz a través de la cual diseñar los instrumentos de medición empíricos, que permitan al investigador contrastar la información obtenida con su hipótesis del trabajo (Carrasco, 2009). La información que se recolectó para acercarse al fenómeno de estudio se descompuso a partir de las categorías; características socioeconómicas de los participantes, control social -formal e informal- y el modelo de reducción de daños, en donde a través de subcategorías que facilitan el acercamiento empírico al fenómeno de estudio (ver esquema 2).

Esquema 2. Matriz de categorización y codificación de las barreras en la adherencia a metadona.

Categorías	Subcategorías	Ítems
Socioeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> ● Biológicas ● Laborales ● Económicas ● Familiares 	Edad Sexo Situación laboral Ingreso mensual Dependientes económicos Vivienda Contar con redes de apoyo
Control social formal	<ul style="list-style-type: none"> ● legal ● médico-sanitario 	<ul style="list-style-type: none"> ● leyes sobre sustancias estupefacientes ● agentes de seguridad pública ● sanciones legales ● tratamiento para adicciones ● salud mental
Control social informal	<ul style="list-style-type: none"> ● círculo de amigos ● familiar ● laboral 	<ul style="list-style-type: none"> ● redes de apoyo ● relaciones familiares ● convivencia ● trato digno ● estigma social ● discriminación ● comunidades de consumo
Reducción de daños	Tratamiento de mantenimiento con metadona	<ul style="list-style-type: none"> ● droga de inicio ● consecuencias asociadas al uso de drogas ● droga de impacto ● poli consumo de drogas ● consumo paralelo ● atención integral

Fuente: elaboración propia

3.6 Análisis de la información

En el análisis de la información de la metodología biográfico narrativa existen dos grandes corrientes analíticas, el enfoque estructuralista y el enfoque temático, el primero enfocado en la búsqueda de elementos comunes dentro de los relatos biográficos, centrado en la estructura. Y el segundo enfoque, centrado en el significado de las propias

narraciones (Bolívar, 2012). Para cuestiones del presente estudio se optó por el enfoque temático, por lo que nos centraremos en el análisis del significado de la propia narrativa de los informantes.

El relato de vida es analizado a partir de categorías temáticas dentro de un orden temporal (Bolívar, 2012). Debido a esto, el análisis consistió en la categorización de la información de acuerdo a la pregunta general y los objetivos planteados en esta investigación. Esto a partir de la recolección de la información a través de las técnicas mencionadas anteriormente, de las cuales primeramente se realizó la transcripción de las historias de vida y las entrevistas semiestructuradas y junto a la información documental se sometió a un proceso de filtración, en donde se seleccionó lo más relevante para el estudio.

Las historias de vida que recopilan la información que los participantes con una experiencia en el tratamiento de mantenimiento con metadona, fueron organizadas para dar un sentido lógico y coherente para la investigación, pues los saltos en el tiempo durante la narrativa, los silencios y la información que no era de utilidad para el presente no se incluyeron en el trabajo, porque sería ilógico y poco comprensible. De acuerdo a esta técnica, el investigador reconstruye la historia de vida obtenida principalmente en entrevistas, dando sentido y organización a la experiencia narrada por el informante (Apolline, 2011).

3.7 Validez

Para garantizar que la investigación cuente con credibilidad, se tomaron en cuenta factores del contexto en el que se habitan las personas que participaron en la presente investigación. De acuerdo a lo anteriormente mencionado, Elliot, Fischer y Rennie (1999) señalan que “es esencial hacer hincapié en los detalles de la experiencia humana y la vida social, tomando en cuenta la historia, el lenguaje y el contexto que relativizan el conocimiento adquirido con los individuos y situaciones estudiadas y con quienes se realiza la investigación” (p. 21).

En cuanto a la validez del estudio se llevará a cabo una triangulación de datos, pues Denzin (como se cita en Alzás, Casa, Luengo, Torres y Verissimo, 2016) señala que, “la triangulación de datos es una manera de lograr la validez dentro de la ciencia social, entendida como el uso de diferentes métodos, variedad de datos, personas que investigan el fenómeno, teorías y metodologías para el estudio de un mismo fenómeno” (p. 641).

De acuerdo con lo anteriormente mencionado, en la presente investigación se llevó a cabo una triangulación de datos para mantener la validez, siendo esta la forma de triangulación más utilizada dentro de las ciencias sociales, pues resulta útil la obtención de distinta información sobre un mismo tema u objeto de investigación, a través de distintas fuentes que permitan contrastar los datos obtenidos (Alzás et al. 2016, p. 641).

De esta manera las y los participantes fueron seleccionados de acuerdo con características específicas, mismas que brindan distintas perspectivas, visiones y experiencias en torno al tratamiento de mantenimiento con metadona y las barreras en la adherencia.

Capítulo 4

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

A través del presente capítulo se lleva a cabo la descripción y análisis de los resultados obtenidos de las historias de vida realizadas a los pacientes y ex pacientes del tratamiento de metadona de las clínicas ubicadas en el municipio de Ciudad Juárez, Chihuahua. Así mismo, se presenta información de las entrevistas a los profesionales responsables del tratamiento con metadona con el objetivo de caracterizar la percepción que esta población tiene acerca de las barreras sociales y económicas que enfrentan en la adherencia al tratamiento de mantenimiento con metadona para adherirse al tratamiento.

Para conseguir este objetivo el presente capítulo está organizado en cuatro apartados. El primer apartado describe el perfil socioeconómico de los participantes; en el segundo se presentan

4.1 Barreras socioeconómicas: biológicas, económicas y familiares

Debido a que los pacientes del tratamiento de mantenimiento con metadona experimentan diariamente un sinnúmero de factores que intervienen directa o indirectamente en la adherencia al tratamiento, en el presente estudio se seleccionaron algunas de las más visibles, las cuales han sido agrupadas en dos grandes categorías: la primera son las condiciones socioeconómicas y la segunda categoría es el control social.

En una primer instancia se pone atención en el perfil de los participantes en donde se describen los factores biológicos como: el sexo y la edad, los factores familiares, incluyendo el estado civil, el tener o no dependientes económicos, y personas con las que vive. En ese mismo sentido, se exploraron las cuestiones económicas y laborales de los participantes, lo que engloba: el lugar en donde trabaja, el salario, la vivienda y la historia de consumo de drogas.

En el estudio participaron siete personas que han recibido o reciben tratamiento con metadona, 2 mujeres y 5 hombres. Sus edades oscilaban entre los 42 y 50 años de edad y 5 de estos reportaron haber nacido en Ciudad Juárez, Chihuahua, uno más en el Estado de México y otro en el Estado de Durango. Cuatro de estos participantes vivieron en los Estados Unidos de América. Uno migró a Ciudad Juárez de Durango a los 6 años de edad y otro nació y vivió en Ciudad Juárez durante toda su vida. Todos los participantes eran residentes de Ciudad Juárez al momento del estudio.

Por otro lado, el nivel educativo de los participantes se encuentra entre estudios primarios incompletos y preparatorios concluidos. Uno de los participantes abandonó la primaria en el 5º año. Un segundo participante concluyó la educación primaria. Un total de tres participantes cursaron la secundaria, de los cuales tres la concluyeron. Por otro lado dos de los participantes estuvieron en preparatoria uno concluyó la preparatoria, mientras un último la abandonó en 3er grado.

En general, los participantes reportaron que la condición de pobreza que había en sus hogares fue una limitante para no seguir estudiando. Por otro lado, los dos participantes que concluyeron el nivel de preparatoria mencionaron que iniciaron una carrera universitaria, pero en ambos casos, identificaron que la adicción a sustancias fue una de las limitantes para concluir la carrera universitaria.

En torno a la situación laboral de los participantes, ésta es heterogénea, pues tres expresaron estar desempleados, un participante, no trabaja por tener una enfermedad crónica degenerativa, otro fue liquidado de su trabajo por problemas personales y un último señala que de momento no tenía empleo debido a que recientemente había salido de un centro de rehabilitación para la adicción a heroína y otras drogas.

Por otro lado, dos participantes contaban con un empleo informal, del cual una es encargada de limpieza y el otro participante trabaja en un auto lavado. Finalmente, los dos participantes que cuentan con un empleo formal, trabajan en el Programa *Compañeros A.C.* como promotores de salud en las comunidades de consumo de heroína de Ciudad Juárez.

En relación a la vivienda, todos los participantes refirieron no contar con vivienda propia, dos participantes expresaron vivir en casa de renta con sus familias, tres participantes más expresaron vivir con sus madres o familiares, una participante vive con su ex-pareja y un último participante refiere vivir en condición de calle; este último menciona quedarse ocasionalmente en albergues o en una tapia.

Respecto a las relaciones familiares de los participantes, cinco reportaron cohabitar con sus hijos, familiares y/o pareja, dos participantes expresan vivir solos y no contar con apoyo o relaciones familiares cercanas. Todos los participantes refieren ser padres o madres como ilustra la tabla a continuación:

Tabla 3: Participantes según dependientes económicos en sus hogares

Participante	Dependientes económicos
Participante 1	2, esposa e hija.
Participante 2	Sin dependientes.
Participante 3	1, hija.
Participante 4	1 , hijo
Participante 5	Sin dependientes..
Participante 6	2, madre e hija.
Participante 7	3, madre y 2 hijos.

Fuente: Elaboración propia

4.1.1 Tratamiento de mantenimiento con metadona: primer contacto con el tratamiento y adherencia

Los siete participantes del estudio han estado involucrados en el tratamiento de mantenimiento con metadona en el periodo de 2018 y 2022. Del total, cuatro participan actualmente en el programa y tres abandonaron el tratamiento. Uno de los participantes abandonó el tratamiento en 2018 y los otros dos participantes en 2020 y 2021, respectivamente. Las razones del abandono del tratamiento de estos últimos son diversas,

sin embargo, todos ellos refirieron estar consumiendo heroína durante el periodo del estudio.

Respecto al primer acercamiento que los participantes tuvieron con el tratamiento con metadona, los siete participantes expresaron haber conocido del tratamiento por amistades y personas con las que solían consumir heroína. Los siete participantes expresaron que su principal motivación de ingresar al tratamiento con metadona fue el mejorar su condición de vida. Una de las participantes expresó que inició con el tratamiento debido a que estaba embarazada, otro participante refirió que el gasto de dinero del tratamiento era menor al dinero que gastaba en heroína, mientras el resto lo hicieron debido a que ya no querían consumir heroína.

Del total de los participantes que han estado inscritos a las clínicas de metadona seis señalaron que recibieron tratamiento en la “Unidad de tratamiento para usuarios de heroína de Centros de Integración Juvenil”, de los cuales solo dos reciben tratamiento en esa clínica al momento de su participación. Por otro lado dos participantes señalaron recibir tratamiento en la “Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones S.A. de C.V”., mientras que los tres participantes restantes abandonaron el tratamiento de metadona, dos recibían tratamiento en la Unidad de tratamiento para usuarios de heroína de CIJ y una última recibía el tratamiento en la Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones S.A. de C.V.

Además, cabe señalar que 3 de los 7 participantes expresaron tener un consumo problemático¹ de heroína, por lo que se encontraban sin recibir tratamiento con metadona al momento de su participación en el estudio. Mientras tanto dos participantes en tratamiento señalaron consumir heroína ocasionalmente, mientras dos participantes señalaron tener cerca de dos años sin consumir heroína (Anexo 3).

Los siete participantes tienen o han tenido experiencia reciente con el tratamiento de mantenimiento con metadona. A los participantes los podemos ubicar en dos categorías respecto al tratamiento: los que reciben tratamiento en la actualidad, y que abandonaron el tratamiento de metadona (ver tabla 2).

Sin embargo, de acuerdo a la información brindada en el subapartado anterior, cuatro de los participantes que actualmente reciben tratamiento de mantenimiento con metadona usan ocasionalmente heroína, lo que podría poner en riesgo la adherencia al tratamiento, ya

que uno de los objetivos de este tratamiento es disminuir el uso de heroína (Colom & Duro, 2009). Sumado a eso, tres de los participantes del estudio abandonaron recientemente el tratamiento con metadona como señala la siguiente tabla:

[1] De acuerdo con CNDH, consumo problemático “es el uso nocivo o abuso de sustancias psicoactivas, el patrón desadaptativo de consumo, manifestado por consecuencias adversas significativas y recurrentes relacionadas con el consumo repetido de alguna o varias sustancias” (2009).

Tabla 2. Relación de los participantes con el tratamiento de mantenimiento con metadona

Participante	Género	Edad	Tratamiento de mantenimiento con metadona	Tiempo recibiendo tratamiento * En participantes adheridos	Uso de heroína
Participante 1	M	48	Recibe tratamiento al momento del levantamiento de datos	8 meses aproximadamente	14 días antes de la participación en el estudio
Participante 2	M	54	Recibe tratamiento al momento del levantamiento de datos	3 años	2 años
Participante 3	M	48	Recibe tratamiento al momento del levantamiento de datos	2 años	Ocasionalmente, durante el mes de su participación.
Participante 4	F	42	Recibe tratamiento al momento del levantamiento de datos	6 años	Entre 4 y 6 meses, antes de su participación en el estudio.
Participante 5	M	42	Abandonó el tratamiento en 2021	No aplica	Consumo heroína diariamente

Participante 6	F	48	Abandonó el tratamiento en 2020	No aplica	Consume heroína diariamente
Participante 7	M	43	Abandonó el tratamiento en 2018	No aplica	Consume heroína diariamente.

Fuente: elaboración propia en base al trabajo de campo

4.1.2 Historia de consumo de heroína y otras drogas

El total de los participantes del presente estudio ha usado distintas drogas a lo largo de su vida, aunque cabe señalar que en ninguno de los casos la heroína fue la droga de inicio. La edad de inicio al uso de drogas ilegales fue entre los 7 y los 13 años de edad. En el caso de los participantes las drogas de inicio fueron diversas, pues la mayoría (4 de 7) señalaron que la primer sustancia que comenzaron a consumir fue el alcohol y el tabaco, dos más señalaron haber iniciado el consumo de drogas a partir del uso de medicamento controlado entre los que destacaron en ambos casos las benzodiazepinas y finalmente un último participante señaló que la droga de inicio fue la mariguana.

En lo que respecta a la heroína, los participantes iniciaron su consumo entre los 13 y 20 años. Las razones y motivaciones para consumir la heroína fueron diversas, incluyendo la curiosidad, o el hecho de haber pasado por eventos traumáticos. Respecto a esto último, identificamos dos características compartidas por todos los participantes: 1) los participantes ya estaban consumiendo alguna sustancia psicoactiva de manera regular, lo que indica que la heroína no ha sido la droga de inicio; y 2) la disponibilidad de heroína en su entorno representó un factor común. Como lo expresaron los propios participantes en su historia de vida:

“...la primera vez que probé heroína, fue heroína con cocaína, y fue por las venas. La primera vez que la probé fue cuando vivía en Estados Unidos, fue en ese momento que pareciera que encontré algo que me faltaba, y cuando llegue a Juárez había heroína fácil de conseguir en el centro y aquí terminé por engancharme...”, (Participante 1, historia de vida, Ciudad Juárez, 10/03/2022).

“...cuando estaba de a tiro chiquillo, tenía unos tíos que usaban heroína, yo ni sabía que era, nomás veía que se encerraban haya en un cuarto y yo miraba que se inyectaban.

Yo tenía unos veinte años cuando probé la heroína, cuando trabajaba en el centro y unos “vatos” con los que trabajaba se curaban y a mí no me tocaba nada. Ahí fue cuando entró la obsesión de ver que se sentía ¡tanto! que un día dije a ver qué se siente y que se sentiría. Ya de ahí caí y ya no pude salir y me volví un adicto a la heroína...”, (Participante 2, historia de vida, Ciudad Juárez, 10/03/2022)

“...en el noventa y cinco tocaba en grupos musicales muy importantes, y los músicos de todos los lugares donde tocaba usaban heroína. Además en los propios lugares donde tocaba nos daban la heroína, pues los músicos siempre estaban inmiscuidos en la heroína, porque aquí en Juárez la heroína es una cultura, ¡cultura! Además, yo ya tenía años con problemas con el alcohol...”, (Participante 3, historia de vida, Ciudad Juárez, 16/03/2022)

“...la heroína la probé cuando tenía 15 años, recuerdo que fue aquí en Ciudad Juárez, yo estaba residiendo en El Paso, Texas y la verdad yo estaba lidiando con una situación muy complicada, porque mi madre no consentía que tuviera una pareja mayor que yo, y tratando de escapar de eso, conocidos de Ciudad Juárez me invitaron a usar heroína...”, (Participante 3, historia de vida, Ciudad Juárez, 22/03/2022)

“...el ver a mis compas como se ponían y cómo lo hacían, hizo que quisiera probarla cuando me sentí solo, ya me volví adicto...”, (Participante 5, historia de vida, Ciudad Juárez, 24/04/2022)

“...En el barrio siempre se ha usado la heroína, desde siempre y yo empecé a consumir marihuana y píldoras muy chica como a los 13 y de repente ya estaba prendida de la heroína y ni cuenta me di...”, (Participante 6, historia de vida, Ciudad Juárez, 29/04/2022)

“...La primera vez que usé la heroína fue a los 13 años, fue mi regalo de cumpleaños. Un amigo de la secundaria de Alta Vista me la regalo, ya yo usaba rivotril y todo eso, y yo ya sabía de la heroína porque yo iba en primero de secundaria y los de tercero ya se “tiraban” en el baño de la escuela, que de tanto ver se me antojo...”, (Participante 7, historia de vida, Ciudad Juárez, 29/04/2022).

En relación, a las características del consumo (cantidad diaria de consumo, vía de administración y lugares de consumo) de heroína, los participantes señalaron dosis diarias

diversas, no obstante el nivel de consumo de los consumidores y ex consumidores se ubicaba entre 1 gramo o 2 gramos de heroína al día. Por otro lado, todos los participantes expresaron que consumen (o consumían) heroína habitualmente de forma intravenosa.

En torno a los sitios de consumo de heroína, nos centramos en los espacios ubicados en Ciudad Juárez, debido a que algunos participantes señalaron haber consumido heroína en otras ciudades, principalmente en el Paso Texas. El total de los participantes señaló a la zona centro de la ciudad como uno de los principales espacios en donde suelen o solían consumir heroína, sin embargo todos señalaron que en esta zona de la ciudad existen distintos picaderos (algunos son casas de amigos, negocios y vecindades) a los que acuden a inyectarse heroína sin estar en la vía pública en donde se resguardan de los oficiales de policía y de las personas en general, además señalaron consumir en lotes baldíos y construcciones abandonadas usualmente. Por otro lado, otros señalaron consumir de manera más frecuente en sus viviendas o en viviendas de otras personas que también consumen heroína.

Sin embargo, varios de los participantes expresaron que el sitio de consumo es variable, y obedece principalmente al lugar en donde consiguieron la heroína. Pues, señalaron que la disponibilidad de la heroína se ve afectada comúnmente, lo que les lleva a conseguir su dosis en distintos puntos de la ciudad y comúnmente no pueden consumir la heroína en el lugar en el que la compran, lo que les significa encontrar lugares abandonados o picaderos cercanos en donde puedan inyectarse.

En base a la información compartida anteriormente, hemos de señalar que los perfiles de todos los participantes, su historia de consumo de drogas y su experiencia con metadona son distintos entre ellos, sin embargo también pudimos ubicar características similares en el total de los participantes, tal como queda constancia en las experiencias expuestas anteriormente, como que en ninguno de los casos la droga de inicio fue la heroína, sin embargo en todos los participantes ésta ha sido la droga de mayor impacto en sus vidas. Al respecto, 6 de los 7 participantes señalaron tener un consumo problemático de heroína y expresaron su intención de dejar de consumirla. Sumado a esto, todos los participantes han tenido experiencias en distintos tratamientos para el consumo de heroína, principalmente anexos, grupos de auto apoyo, narcóticos anónimos y crisoterapia.

“Yo tengo 30 años de adicción, desde que empecé con la heroína y llevo muchos años antes en la marihuana. Llega el punto en el que estoy cansado, pero si llega alguien y me dice tú te puedes salir tomando dos pastillas, yo no le creo, porque enfrentar el dolor de dejar de consumir es necesario, no puedes estar tratando dejar de consumir y no experimentar el dolor, porque no sientes nada después, pero dejar de consumir heroína da mucho miedo, porque luego no le hayas sentido a la vida, te sientes vacío, sin ganas de vivir y sin saber a dónde ir... la metadona me ayuda a no experimentar el *craving*, pero cuando no estoy bien acompañado no voy a poder dejar la heroína, lo sé porque me ha pasado muchas veces...” (Participante 3, historia de vida, Ciudad Juárez, 16/03/2022)

Sin embargo, el tratamiento de mantenimiento con metadona fue en el que la mayoría (6 de 7) de los participantes refirió haber estado en más ocasiones. Pues, los participantes refirieron haber estado inscritos en este tratamiento entre 2 y 15 veces, en las cuales algunos de los participantes expresaron haber dejado de consumir heroína por un tiempo, desde 2 meses hasta 2 años. Posteriormente, todos recayeron en el consumo de heroína y abandonaron el tratamiento de mantenimiento por metadona en repetidas ocasiones, como se expone en el siguiente subapartado.

A continuación, se exponen las principales barreras en torno a la recaída en el consumo de heroína, el abandono de tratamiento o cualquier factor que ponga en riesgo la continuidad en el tratamiento de mantenimiento con metadona, desde la propia narrativa de los informantes. La caracterización de las siguientes barreras será dividida en barreras socioeconómicas y de control social.

4.1.3 Barreras socioeconómicas para la adherencia al tratamiento de mantenimiento con metadona

La caracterización de las barreras socioeconómicas que se exponen a continuación obedece al orden y la estructura de la entrevista diseñada para orientar la historia de vida según narro cada participante por fines prácticos.

temática de los participantes. La información obtenida se expone de manera individual,

4.1.3.1 Barreras socioeconómicas en la adherencia: desde la narrativa de los pacientes

A través de las narrativas obtenidas de las historias de vida, los participantes y profesionales en el tema en su totalidad señalaron a la pobreza como una de las principales barreras que han enfrentado para mantenerse en el tratamiento de mantenimiento con metadona. Y es que, a pesar de que la cuota que se paga para recibir el tratamiento es menor que el mantener el consumo de heroína, varios de los participantes señalan que, en el momento en el que no están consumiendo heroína y tratan de llevar una vida “tranquila” se enfrentan a que suelen tener menor acceso económico.

Respecto a lo último señalado, varios participantes externaron que esto es algo que sucede porque cuando estaban activos en el consumo de heroína, solían tener una necesidad más fuerte para obtener dinero para poder consumir heroína, por lo que estaban dispuestos a llevar a cabo actividades que en muchos casos no harían si no fuera por el consumo por ejemplo: pedir dinero en las calles, ejercer trabajo sexual o en algunos casos recurrir al robo. Mientras que estando en un proceso de tratamiento de mantenimiento con metadona, los informantes narraron que intentaban tener trabajos más serios, pero en los que obtienen menores ingresos.

Por lo que el menor ingreso recibido, ha generado en el caso de algunos de los informantes del presente estudio, que estos se desanimen a continuar en el tratamiento, o por otro lado que el tratamiento deje de ser viable para ellos.

De acuerdo a esto último se presenta la experiencia de cada participante al respecto:

- El participante 1, señaló que al momento de la entrevista cuenta con un empleo formal de tiempo completo, del cual obtiene un salario de seis mil pesos mensuales. De ese salario se hace responsable económicamente de su hija y su pareja, de donde además costea el tratamiento de metadona, al cual acude diariamente. Debido al bajo salario, y a los múltiples gastos diarios que tiene que realizar, la falta de dinero en su entorno familiar constituye uno de los problemas más comunes. Estos problemas constituyen según indica una de las principales situaciones estresantes que han tenido por consecuencia que recaiga en el consumo de heroína.

- El participante 2, quien también cuenta con un empleo formal, señala que el hecho de contar con un empleo en donde estén sensibilizados en el tema de la metadona y además tenga compañeros en la misma situación, le ha representado una gran red de apoyo para mantenerse por 3 años en el tratamiento con metadona, y 2 años sin consumir heroína (Participante 2, Historia de vida 03/2022).

- El participante 3, quien se encuentra desempleado para el momento de su participación, señala que ha experimentado grandes dificultades para obtener un trabajo debido a encontrarse en tratamiento con metadona. Situación que además le genera una situación estresante, pues no puede brindar apoyo económico a su hija. Lo cual, identifica como una gran barrera para adherirse al tratamiento (Participante 3, Historia de vida 06/03/2022).

- Por su parte, la participante 4 señala, que el encontrarse en desempleo y depender económicamente de su pareja, lo que ha significado que cuando tiene problemas con su pareja, pierda el apoyo económico y anímico que este le brinda, lo que le ha llevado a experimentar recaída en el consumo de heroína (Participante 4, historia de vida, 22/04/2022).

- El participante 5, señala encontrarse en desempleo, y no contar con redes de apoyo en el momento de la entrevista. Al momento de la entrevista, señaló no encontrarse en el tratamiento de mantenimiento con metadona, pues lo abandonó, ya que tenía múltiples dificultades para acudir a la clínica y costear la cuota económica requerida en la clínica de metadona. Además señala que el estar rodeado de personas que consumen heroína le dificulta intentar dejar de consumir (Participante 5, historia de vida, Ciudad Juárez, 24/04/2022)

- Por otro lado la participante 6, quien es empleada doméstica, cuyo salario es de cuatro mil pesos al mes y es responsable económicamente de su hija, señaló que el uso de múltiples transportes que requería para acudir a la clínica de metadona y la cuota del servicio no era algo que pudiera costear diariamente, por lo que abandonó el tratamiento (Participante 6, Historia de vida 18/03/2022).

- El participante 7, indica no contar con un empleo formal, pues se dedica a lavar automóviles en la calle, oficio del cual obtiene cerca de siete mil pesos mensualmente. De él dependen económicamente sus dos hijos y su madre, él señala que la carencia económica ha sido una de las razones para no mantenerse en el tratamiento con metadona,

aunque la principal razón ha sido que el tratamiento farmacológico de la metadona le causaba malestar físico (Participante 7, historia de vida, Ciudad Juárez, 29/04/2022).

En la perspectiva de los profesionales en el tema, estos señalaron que la pobreza es una de las principales limitantes para conseguir la adherencia al tratamiento con metadona y por el contrario estimula la recaída a la heroína y otras sustancias, según la opinión de los entrevistados. Quienes señalaron que el tratamiento de mantenimiento con metadona es menos costoso que sostener el consumo de heroína, pues la cuota diaria para recibir el tratamiento con metadona oscila entre los cuarenta pesos hasta los ochenta pesos, según el programa de metadona, que en comparación al precio de la heroína cuyo precio según los informantes que participaron en el estudio es de sesenta pesos la dosis.

Respecto a esto último, cabe señalar que las personas con adicción a la heroína comúnmente consumen varias dosis diarias, lo que implica que el coste para sostener el consumo se eleve de acuerdo a su nivel de consumo. Por otro lado, la cuota dentro de las clínicas de metadona es fijo por día, además el tratamiento mediante metadona al brindarse en dosis decrecientes (Amato y Ferroni, 2013), los pacientes pueden acudir cada vez menos días a recibir el medicamento, lo que disminuye los costos de tratamiento.

Sin embargo, el coste que implica para los pacientes de metadona no se limita únicamente a las cuotas de la metadona en sí misma, pues la ubicación de estos programas implica gastar en traslado hacia el lugar.

De acuerdo a la narrativa de la gran mayoría de los participantes del estudio (6 de 7), las largas distancias que tienen que recorrer para recibir el tratamiento de mantenimiento con metadona. Pues las clínicas que se encuentran funcionando actualmente en la ciudad, se encuentran ubicadas una (CIJ) sector periférico de la ciudad, y la Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones S.A. de C.V, se encuentra en una zona céntrica de la ciudad.

Sin embargo, muchos pacientes tienen que dedicar recursos significativos como el tiempo que demoran en llegar a la clínica diariamente a recibir el tratamiento, el dinero que gastan en transporte público y tener que disponer de tiempo de sus días en acudir a la

clínica, (lo que en algunos casos supone pedir permiso diariamente en sus trabajos o incluso dificultades en tener un trabajo). Respecto a esto un participante señaló que:

“...yo me canse de tener que estar batallando para ir desde bien temprano a la metadona, porque aparte de que era mucho gasto porque yo usaba tres camiones de ida y 2 de venida, además pues se me iban como 2 horas la mañana, y pues ¿en qué trabajo te van a dejar llegar tarde diario? en ninguno!” (Participante 6, Historia de vida 18/03/2022).

“Yo me fui a la clínica que es particular o privada, que no es la del Estado. No voy a la del Estado, a CIJ, está más económico, son 40 pesos, pero hay un “chorro”⁶ de “brincas”⁷ en esto de la metadona. Mira por ejemplo la Jilotepec donde actualmente estoy yendo es un área que está al otro extremo de donde está la del Estado, y mira las personas que se juntan y van a la metadona del Estado acá en el centro, pues son personas que pues ya ves que aquí como se conocen las “gangas”⁸ y yo nunca he estado en nada de eso, pero si tuve “brincas” con una persona de estas y ella me hirió en el estómago y yo pues no le puse cargos ni nada, pero eso me impide a mi ir para allá, porque me van a hacer algo o yo no sé. Por lo que yo veo como algo muy malo que solo hay una clínica del Estado aquí en Juárez, digo yo ¿porque no nos proporcionan otra en otra parte de la ciudad, sabes cómo? para la gente que ya no podemos ir para allá, porque también el precio es muy alto en las privadas, son 100 pesos diarios en la privada a 40 para la del Estado...además tengo que tomar 4 “rutas”⁹ para ir a la clínica de la Jilotepec, y la verdad es que si es mejor el servicio de la del Estado (Participante 4, historia de vida, 22/04/2022).

En el caso de la participante 4, ella se ha visto en la necesidad de acudir a recibir tratamiento en un contexto hostil debido a la presencia de pandillas en el contexto de tratamiento. Además, señala la diferencia de precios entre las dos clínicas, pues la clínica *de Centros de Integración Juvenil, A.C: Unidad de tratamiento para usuarios de heroína* tiene una cuota de 40 pesos por cada vez que acude a recibir tratamiento, mientras que la cuota de tratamiento de *Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones S.A. de C.V.* es de 100 pesos, además de que para acudir a esta clínica tiene que gastar más dinero y tiempo para el transporte. Lo que en su caso han sido barreras que ha tenido que enfrentar, ella comenta que cuenta con apoyo económico de su expareja, lo que le ha facilitado cambiar de clínica y poder costear la cuota y el transporte que este cambio ha supuesto.

⁶ Chorro: término coloquial para referirse a mucho.

⁷ Bronca: término coloquial para referirse a un problema.

⁸ Ganga: es un término coloquial para referirse a una pandilla callejera.

⁹ Ruta: término coloquial para referirse a camión/autobús.

Para agregar al factor de la distancia, los participantes casi en su totalidad tienen o han tenido que acudir a la clínica de metadona en el transporte público o caminando, en donde identificaron que los tiempos del transporte público comúnmente se retrasan, lo que puede comprometer llegar a tiempo a la clínica a recibir el tratamiento, mientras que identificaron que el hecho de caminar también compromete en ocasiones llegar a tiempo, pues suelen ser detenidos o revisados por oficiales de policía (tema que se aborda en posterior subapartado). Además, varios participantes señalaron que en el sector de la ciudad en donde radican no hay ninguna clínica de metadona cercana, lo que les obliga a transportarse diariamente hacia sectores alejados de sus hogares.

Respecto a esto último, la opinión de los entrevistados coincidió en la dificultad que implica el traslado a la clínica indicaron que: debido a que las clínicas de metadona en la ciudad pueden ser lejanas para gran parte de los pacientes. Lo que dificulta la asistencia a recibir el fármaco y también puede disminuir el interés de acudir al tratamiento psicológico que se brinda en estas clínicas, según señaló el participante (Profesional del tema 1 1. 5 de mayo de 2022).

En las historias narradas por los participantes del presente estudio, en su totalidad expresaron la relevancia que el apoyo familiar que reciben o no, ha afectado en su proceso con el tratamiento con metadona. Del total de los siete informantes, cinco indicaron vivir con sus familias y/o parejas, mientras que los otros dos participantes viven solos.

De los participantes que viven con sus familias, solo dos se encuentran adheridos al tratamiento de mantenimiento con metadona al momento del estudio, los cuales expresaron contar con un alto involucramiento por parte de sus familiares en el tratamiento, incluso acudiendo ocasionalmente al grupo de apoyo familiar brindado por la clínica de metadona.

Por otro lado, uno de los participantes (participante 2) se encuentra adherido al tratamiento de metadona, señala que no vive con su familia y tampoco cuenta con apoyo de la misma, pues sus familiares más cercanos, eran sus tres hijos, de los cuales dos fueron asesinados en el 2010 y su tercer hijo tuvo que irse a vivir fuera de la ciudad. Con quien dijo, tener poca comunicación.

Finalmente, el participante 5 expresó haber estado en repetidas ocasiones en el tratamiento de metadona, dejando de consumir heroína en repetidas ocasiones, pero en la

actualidad abandonó el tratamiento y actualmente sigue consumiendo heroína. Razón por la que dejó de contar con el apoyo familiar, como él mismo señaló:

“...de tantas veces que he vuelto a la heroína, mi “jefita” se cansó, porque le he andado dando lata y en anexos desde los 16 y ya a los 48, se cansó” (Participante 5, Historia de vida 24/03/2022).

Esto último, es algo que varios de los participantes expresaron haber experimentado en distintos momentos de su vida, pues como personas que viven con una adicción, han tenido distintos problemas en su círculo familiar, generados por: robo a familiares para conseguir dinero para consumir, violencia en el hogar, falta de dinero, etc.

Finalmente, en opinión de los profesionales del tema entrevistados para el presente trabajo estos señalaron que:

“Los pacientes del tratamiento con metadona suelen vivir en condiciones desfavorables, pobreza, discriminación, poli consumo de sustancias y con comorbilidades psicológicas que terminan por dificultar la adherencia al tratamiento con metadona. Además suelen tener pocas redes de apoyo, ya que debido a la adicción a la heroína, suelen tener fracturadas las relaciones con sus seres queridos. Lo que genera una gran gama de condiciones individuales a atender de manera integral por el equipo médico, químico, psicológico y de trabajo social alrededor de cada persona” (Profesional del tema 1 1. 5 de mayo de 2022).

Por su parte la profesional del tema 2, señaló:

“La realidad en la que viven muchas de las personas que consumen heroína es sumamente complicada. El hecho de estar consumiendo afecta todas las esferas de la vida de la persona, sin mencionar los efectos a nivel cerebral que implica el ser adicto a la heroína. Por lo que el ofrecer un tratamiento con el cual puedan acceder a tener una vida más plena no es tarea fácil, pues para empezar los usuarios han sido estigmatizados como delincuentes o enfermos, lo que muchos de ellos se terminan convenciendo de que realmente es así. A eso sumado, la poca infraestructura y condiciones que hay para atenderles en ciudad Juárez, hace que sea sumamente difícil que éstos puedan realmente adherirse a un tratamiento, y poder gozar de una vida digna” (Entrevista personal. 16 de mayo de 2022).

4.2.1 Control social informal: barreras en la adherencia al tratamiento

Se entiende por mecanismos de control social informal, a aquellos valores, hábitos, normas y sanciones que las instituciones sociales ejercen sobre la desviación (Ruiz, 2011), nos centramos en las barreras más visibles que las instancias de control social informal en la experiencia de los pacientes de la metadona. Las instancias de control social abordadas en la historia de vida fueron: la familia, la escuela y el entorno social en general (Chero, 2009).

4.2.1.1 La familia como instancia de control social: barreras en la adherencia al tratamiento con metadona

En la totalidad de los informantes que participaron en el presente estudio, en sus hogares no se consumía heroína, aunque el consumo de sustancias psicoactivas legales era común, como el alcohol, medicamento controlado y tabaco.

Lo anterior indica, que probablemente el uso de heroína, no es aceptado en la familia de los participantes del presente estudio. Pues existen diversos casos en los cuales el consumo de heroína y otras drogas ilegales no son percibidas negativamente por la familia, sobre todo en las familias con historia de consumo de las mismas. Sin embargo, en el caso de las familias de los participantes no es así, y la familia al ser agente de socialización más importante que tienen las personas (Abella, 2003), es probable que los participantes hayan experimentado rechazo, estigma o discriminación dentro de su círculo familiar, teniendo consecuencias en su adherencia al tratamiento.

Para ejemplificar lo anterior, varios de los participantes narraron haber experimentado rechazo por parte de sus familiares cercanos. El rechazo que experimentaron ha sido de distintas maneras, por ejemplo: negar la participación o decisión dentro de la familia, hacerles notar que son una carga para la economía familiar, ocultar objetos de valor por temor que sean hurtados por el familiar que consume heroína, negar la entrada al hogar e incluso impedir a los consumidores de drogas ver a sus propios hijos debido a su condición de consumo.

Para caracterizar esta problemática, se presenta a manera de lista la percepción y experiencia de los participantes al respecto:

- El participante 1, señaló que el haber sido consumidor de heroína durante gran parte de su vida, le ha marcado socialmente “como una mala persona”, y que las personas que le rodean cotidianamente desconfían de su persona. Además señala que ha perdido contacto con gran parte de su familia, desde hace cerca de 10 años, debido a que perdió su confianza, respeto y aceptación. Esto último le ha hecho sentirse abandonado y como alguien incapaz de cambiar. Sentimientos que están relacionados con algunas de las recaídas que ha experimentado (Participante 1, historia de vida focalizada, 10/03/2022).

- El participante 2, narra que a partir de su temprano consumo de drogas, la dinámica familiar se configuró de tal manera que se le fue excluyendo de la misma. (Participante 2, Historia de vida 03/2022).

- El participante 3, narra que en su familia ha sido la única persona que consume drogas, y que inicialmente recibió apoyo por parte de su familia. Sin embargo, a través del tiempo que le estuvieron apoyando jamás consiguió dejar de consumir drogas, hasta que gradualmente perdió el apoyo de toda su familia. En la actualidad, ha perdido la posibilidad de ver a su hija como consecuencia de su consumo de heroína, lo cual él identifica como una de las principales razones por las que ha recaído. Sin embargo, señala que la principal motivación para dejar de consumir heroína es el volver a estar con su hija (Participante 3, Historia de vida 06/03/2022).

- Por su parte, la participante 4 señala, que la principal razón por la que ha experimentado múltiples recaídas en el consumo de heroína se debe a la falta de redes de apoyo sólidas. Pues únicamente recibe apoyo por parte de su pareja, y cuando ha solicitado apoyo económico o emocional por parte de su familia o amigos no se lo han brindado o directamente se lo han negado.

Ya que su círculo familiar y amistades le han brindado apoyo en ocasiones anteriores, sin embargo por las constantes recaídas han dejado de confiar en ella, lo que le ha generado una percepción de sí misma como si no fuera lo suficientemente fuerte o inteligente para dejar de consumir (Participante 4, historia de vida, 22/04/2022).

- El participante 5, señala que el único apoyo que contaba en el tratamiento con metadona y posteriormente anexo, era el de su madre. Sin embargo, dejó de recibir apoyo

por parte de su madre ya que ella es una mujer de edad avanzada y se le prohibió por parte de sus hermanos el seguir frecuentando a su madre. (Participante 5, historia de vida, Ciudad Juárez, 24/04/2022).

- Por otro lado la participante 6, señala no recibir ningún tipo de apoyo o ayuda de su familia (Participante 6, Historia de vida 18/03/2022).

- El participante 7, señala que su madre le apoyaba cuando se inscribió en el tratamiento de mantenimiento con metadona, sin embargo fue ella misma quien le recomendó que mejor no continuará el tratamiento, pues percibía que él estaba notoriamente adormecido cuando usaba el fármaco. No obstante, señala que su madre es vista de manera negativa en su colonia por el hecho de tener un hijo consumidor de heroína, y que eso es algo que le hace sentir mal a él (Participante 7, historia de vida, Ciudad Juárez, 29/04/2022).

En ese mismo sentido, uno de los participantes especializado en el tema señaló que:

“...normalmente los pacientes que acuden en un inicio al tratamiento, tienen una situación problemática con sus familias y en sus hogares, comúnmente como consecuencia de la propia adicción que tienen. Por lo que, atender los asuntos familiares es una de las prioridades dentro de la terapia que ofrecemos en la unidad, sin embargo, cuando los pacientes abandonan el tratamiento y recaen en la heroína muchas veces es porque están teniendo nuevamente problemas con sus familias o seres queridos” (Profesional del tema 1 ,Entrevista virtual. 5 de mayo de 2022).

Además, coincidió en que las personas que consumen drogas, suelen ser tratadas en su familia con cierto rechazo o distanciamiento, pues los problemas que han experimentado debido al uso de drogas de un integrante de la familia como: robo o violencia, genera desconfianza y alejamiento hacia este último. Lo cual tiene implicaciones en el tratamiento, pues como señaló la participante “Muchas veces los usuarios del servicio ni siquiera tienen comunicación respecto a su tratamiento con metadona con su familia” (Entrevista personal. 16 de mayo de 2022), esto debido a que en muchos casos han perdido confianza con su familia.

4.2.1.2 Estigma y rechazo laboral

De los siete participantes los siete expresaron haber sido rechazados debido a su condición de consumidores de heroína en alguna ocasión. Sin embargo, dos de los participantes señalaron haber sido rechazados en entrevistas de trabajo, cuando estos mencionaron que reciben tratamiento con metadona. Y una participante más señaló haber sido despedida de su trabajo, por solicitar permisos para acudir a recibir su tratamiento en horario laboral.

A continuación, se presenta la narrativa de los participantes para ejemplificar su experiencia respecto al estigma y rechazo en el apartado laboral, debido a recibir tratamiento con metadona:

- El participante 1, narró que constantemente ha tenido dificultades para conseguir empleo, señalando que en las entrevistas de trabajo a las que ha acudido suelen asumir que usa drogas, debido a su aspecto físico y por el lenguaje que utiliza. Además señala que por estar en el tratamiento de mantenimiento con metadona tiene que ocupar en ocasiones tiempo del trabajo y no en todos los trabajos son conscientes de esa necesidad (Participante 1, historia de vida focalizada, 10/03/2022).
- Por su parte, el participante 2, señala que no ha experimentado dificultades al momento de conseguir trabajo, más allá de las dificultades que enfrentan la mayoría de las personas que no consumen drogas (Participante 2, Historia de vida 03/2022).
- El participante 3, explica que para él ha sido muy complicado tener un trabajo formal y estable. Debido a que durante las entrevistas de empleo, suele explicar que acude a recibir tratamiento con metadona, y a partir de brindar esa información la actitud de la persona que le realiza la entrevista suele cambiar, pues le comienzan a tratar de manera estigmatizante. Negándole el puesto de trabajo (Participante 3, Historia de vida 06/03/2022).
- Por su parte, la participante 4 señala, que se ha sentido discriminada en los trabajos que ha tenido, porque las compañeras y compañeros de trabajos que ha tenido, se han referido a ella como “tecata” (Participante 4, historia de vida, 22/04/2022).
- El participante 5, señala que no ha podido conseguir trabajo en maquiladora debido a su consumo de drogas, el cual señala; es muy evidente, por lo que suele subsistir de pedir dinero en las calles, o recurrir a robar. (Participante 5, historia de vida, Ciudad Juárez, 24/04/2022).

- El participante 7, señala que su aspecto físico, el tener cicatrices de abscesos en los brazos, y tatuajes comúnmente asociados a pandillas, le ha impedido tener trabajo (Participante 7, historia de vida, Ciudad Juárez, 29/04/2022).

De acuerdo a lo anteriormente expuesto, varios de los participantes indicaron que su aspecto físico ha sido una de las razones por las cuales han tenido dificultades para conseguir empleo. Pues, estos aseguran que en las entrevistas laborales les suelen identificar como “tecatos” debido a distintas características físicas que suelen ligarse al consumo de heroína. Por ejemplo, varios de los participantes tienen tatuajes visibles, principalmente en manos, brazos, hombros o cuello, los cuales son de aspecto desgastado. En torno a esto una participante que tiene tatuajes visibles señaló que cuando ha ido a entrevistas laborales en más de una ocasión le han preguntado si sus tatuajes fueron realizados en prisión, debido a su aspecto.

Otra de las características físicas que los participantes señalaron que les identifica como consumidores de heroína, y les ha generado consecuencias al momento de buscar trabajo es la presencia de marcas en la piel, propias del consumo intravenoso de heroína. Estas marcas son visibles en algunos de los participantes, y estas son consecuencia del consumo crónico de heroína, ya que el inyectarse de manera repetida e insistente heroína suele generar efectos negativos en el cuerpo de las personas como; el colapso de venas, cicatrices, abscesos, infecciones bacterianas en vasos sanguíneos y piel (NIDA, 2020).

Algunos participantes señalaron que la presencia de estas marcas en su piel, ha ocasionado que los identifiquen como consumidores de heroína, aunque ya no lo están haciendo, pero las cicatrices y marcas quedan en la piel. Lo que ha significado que cuando acuden a una entrevista de trabajo, sean vistos con desconfianza, a sabiendas de que son o fueron consumidores de drogas inyectables.

Para finalizar, la participante, profesional del tema señala que “las personas que usan drogas suelen vivir un ataque constante, ya que se les considera criminales, violentando así derechos humanos como el del acceso a la salud y a una vida digna. En cuanto al tema de acudir a las clínicas de metadona puede ser muy complicado para los pacientes, pues aparte de recibir acoso constante por oficiales de policía o el sentirse rechazados por la sociedad en general puede tener fuertes implicaciones en la autoeficacia

que tan importante es para que una persona se adhiera a un tratamiento. Y al final esto último no hace más que generar un círculo vicioso en donde las personas tan estigmatizadas no pueden cambiar su realidad, y por el contrario solo están internalizando el estigma.

4.2.2 Control social formal: barreras en la adherencia al tratamiento

En el presente apartado se describe la experiencia de los pacientes del tratamiento de mantenimiento con metadona a partir del control social formal dirigido hacia los consumidores de heroína que reciben tratamiento de metadona.

La narrativa de las y los participantes en torno a las barreras en la adherencia articulados con el denominado control social en cuanto a la experiencia con los oficiales de policía, y su experiencia al ser detenidos o encarcelados se describe a continuación:

De los siete participantes del estudio refirieron recibir abusos por parte de oficiales de policía, quienes los señalan de “tecatos” o malvivientes. Entre los abusos que narraron haber experimentado se encuentran principalmente: revisiones arbitrarias, hostigamiento, golpes, humillación e incluso tres participantes narraron haber sido culpados de delitos que no cometieron.

Estos abusos derivados del estigma influyeron negativamente en el tratamiento de los participantes como ellos mismos señalaron, como se presenta a continuación:

- El participante 1, narró que “Muchas veces yo llegaba a la metadona y no falta que los policías estén haciendo un operativo ahí y yo a veces mejor he recurrido a apartarme del tratamiento para ir por una dosis, eso pasa como una vez a la semana o cada quince días. La mayoría de las detenciones que me han hecho considero que son injustas, porque me han llevado por traer una jeringa sin droga y cuando me detienen me hacen sentir como si yo fuera el encargado de toda la droga que se vende en la ciudad, aparte de que me han golpeado y torturado por esta situación. En una ocasión me dieron 72 horas de detención y cuando salí ya no me quisieron medicar en la metadona porque estuve dos días sin ir a medicar y me sacaron de la metadona y tuve que volver a consumir. Cuando he dicho al juez, en separos, que estoy en metadona nunca le ha importado” (Participante 1, historia de vida, 10/03/2022).

- Por su parte, el participante 2, señala que jamás ha sido acosado o abordado por la policía cuando acude a recibir su tratamiento. Incluso señala, que recibe un buen trato por las autoridades, y esto lo ha notado cada vez que pasa más tiempo sin consumir. Asimismo, asegura que el trato que recibe en las clínicas de metadona y en el hospital a donde acude periódicamente (debido a que tiene un diagnóstico de VIH), han sido buenos (Participante 2, Historia de vida 03/2022).

- El participante 3, El informante señala que es muy común que los oficiales de policía le detengan cuando camina por la calle, y cuando le detienen revisan sus pertenencias. En numerosas ocasiones ha sido detenido, estas detenciones han implicado que experimente síndrome de abstinencia, pues asegura que las detenciones que le han realizado han sido de hasta 40 horas, y sin recibir metadona la pasa realmente mal. Lo que ha tenido por consecuencia que ya no alcance a recibir metadona y que tenga que recurrir a conseguir heroína.

Por otro lado, el informante señala haberse encontrado en un problema legal por la custodia de su única hija, en donde le hecho de ser consumidor de heroína le ha impedido de manera legal poder ver a su hija más que en períodos breves, lo cual afecta seriamente en su estado de ánimo y por ende en su compromiso con el tratamiento de mantenimiento con metadona (Participante 3, Historia de vida 06/03/2022).

- La participante 4, señala que ha experimentado temor de acudir a la clínica de metadona, pues sabe que en los alrededores de las clínicas de metadona suele haber policías municipales, quienes en múltiples ocasiones le han hecho sentirse acosada. Incluso ella señala que una vez fue víctima de uno oficiales de la policía municipal que le “sembraron” metanfetamina en su mochila. Esto último le ha costado estar detenida durante días. Y eso ha incrementado su temor a acudir a la clínica (Participante 4, historia de vida, 22/04/2022).

- El participante 5, señala que “la policía me detiene cada que me ve, si veo una patrulla vaya a donde vaya siempre se paran para revisarme y bien seguido si me llevan a la preventiva, a veces por traer jeringas o un globo de heroína, o aveces nomas porque si, yo creo para cubrir la cuota de detenciones”(Participante 5, historia de vida, Ciudad Juárez, 24/04/2022).

- Participante 6, señala que aunque no tuvo percances con la policía, si le generaba inseguridad el ver que estuvieran deteniendo y revisando a otros pacientes del tratamiento de metadona (Participante 6, Historia de vida 18/03/2022).

En la narrativa de gran parte de los participantes expresa que la presencia de policía en los alrededores de las clínicas de metadona ha representado una de las principales barreras para acudir al tratamiento.

Es importante señalar en el presente, que la presencia de elementos de policía cerca de las clínicas de metadona es usual, e incluso la unidad de tratamiento con metadona para usuarios de heroína de Ciudad Juárez, se encuentra ubicado junto al *Centro de Recuperación Cívica Total* (CE.RE.CI.TO), a cargo de la Coordinación General de Seguridad Vial, la cual suele estar fuertemente resguardada por oficiales de tránsito, a lo que se suma la presencia de policías municipales en el sector.

De acuerdo a las narrativas antes mencionadas, la participante profesional en el tema señala que “el problema de ver el abuso de drogas como un problema criminal, lo que se refleja en un ataque constante a los usuarios por parte de la sociedad, que refuerza la idea de que las personas que usan drogas son criminales y que no valen nada, que no tienen derechos, ni merecen vivir con dignidad. Y cuando una persona se siente así por el constante acoso de la sociedad y sus instancias difícilmente ¿cómo va a querer y motivarse a hacer las cosas distinto?” (Profesional del tema 2. Entrevista personal. 16 de mayo de 2022).

4.3 Barreras en la adherencia al tratamiento con metadona y el paradigma de reducción de daños

En el presente apartado se expone el punto de vista de los profesionales del tratamiento de mantenimiento con metadona, que colaboraron en el presente trabajo. Con la finalidad de enriquecer la visión propuesta del fenómeno abordado en el presente. Y puntualizar el papel que desempeña el paradigma de reducción de daños en el tratamiento de mantenimiento con metadona.

La relevancia del tratamiento de mantenimiento con metadona en el contexto de ciudad Juárez, desde la percepción de los profesionales de tratamiento en adicciones, se encuentra en que, éste “es un tratamiento que busca la reintegración social de los pacientes, considerando que gran parte de los pacientes acuden sin estabilidad económica, y por ende social, por lo que el enfoque integral del tratamiento pretende integrar a los pacientes nuevamente a sus núcleos familiares, que puedan conseguir un empleo y se integren a la sociedad” (Profesional del tema 1 1. 5 de mayo de 2022).

Por otro lado, la informante señala, que “las clínicas de tratamiento con metadona desempeñan una papel fundamental en la atención a las personas que consumen heroína, pues es el primer paso que puede dar una persona que consume drogas para mejorar su vida, especialmente cuando el tratamiento que estas brindan es integral y combina la terapia psicológica basada en evidencias científicas con el tratamiento por medio de medicamento” (profesional en el tema 2, 16 de mayo de 2022).

En torno a las barreras que las y los pacientes del tratamiento de mantenimiento con metadona, los informantes señalan que:

“En mi opinión las principales barreras que enfrentan los pacientes son el fácil acceso a la heroína, las situaciones estresantes en la vida de los pacientes y la salud mental, osea la comorbilidad entre la adicción y la depresión, u otras patologías psicológicas” (Profesional del tema 1 1. 5 de mayo de 2022).

En otro sentido, la apreciación de las barreras enfrentadas por los pacientes del tratamiento de mantenimiento con metadona por parte de la informante, “ir a recibir tratamiento para intentar tener una vida normal es sumamente complicado, y más cuando muchas de estas personas no tienen con quien compartir estos cambios que están haciendo, porque se lo tienen que guardar todo, porque viven diariamente el estigma social y estigma interiorizado, lo cual tiene una relación muy fuerte con la adherencia” (profesional en el tema 2, 16 de mayo de 2022).

En cuanto a el papel que representa el paradigma de la reducción de daños en la adherencia al tratamiento de mantenimiento con metadona los informantes señalaron que:

“La metadona es la mejor alternativa al consumo de heroína, ya que es único tratamiento que se preocupa de que los consumidores no experimentan abstinencia y puedan a la par trabajar cuestiones personales, tanto físicas mentales, familiares y económicas, para reintegrar al consumidor a la sociedad” Profesional del tema 1 1. 5 de mayo de 2022).

Por otro lado, la percepción de la segunda informante al respecto destaca que “es un enfoque distinto, en donde el reducir consecuencias concretas de tu consumo, o reducir tu consumo de drogas, sería lo primero, el éxito del modelo de reducción de daños se basa en que las personas puedan vivir más plena y dignamente sus vidas, no solo en que no consuman drogas” ” (profesional en el tema 2, 16 de mayo de 2022).

De acuerdo a las opiniones y percepciones anteriormente expuestas, se pueden inferir distintas respuestas. Como el hecho de que el tema del tratamiento del consumo de drogas es complejo, y parcialmente abordado.

4.4 Discusión de resultados

Retomando los objetivos planteados en el presente estudio, en relación a conocer cómo los procesos de control social influyen en la adherencia y mantenimiento en el tratamiento con metadona en usuarios de heroína en Ciudad Juárez, Chihuahua, se describirán los hallazgos encontrados en función a las preguntas de investigación planteadas en un inicio.

Para lograr lo anteriormente planteado vamos a centrar la discusión en aquellos aspectos más relevantes que se han extraído de los resultados obtenidos, ya que no contamos con elementos específicos para contrastar con los resultados y aportaciones de la presente investigación.

En lo que respecta al objetivo general de la investigación, el cual pretende dar a conocer la influencia que el control social dirigido hacia consumidores de heroína tiene en la adherencia al tratamiento de mantenimiento con metadona. Esta idea ha sido aceptada por el total de los participantes, señalando que los mecanismos del control social tanto formal como informal, suelen ser desfavorables en la adherencia al tratamiento con metadona.

Los hallazgos anteriormente expuestos concuerdan parcialmente con el estudio de Harris y McElrath (2012), donde gran parte de los participantes señaló que la etiqueta de adictos y el control social ejercido hacia ellos en las esferas sociales, laborales y sanitarias no era favorable para mantenerse en el tratamiento de metadona ni para reinsertarse en la sociedad. Similar a lo anterior, el estudio de Earnshaw, Smith y Copenhaver (2013), indicó que los pacientes de tratamiento con metadona, experimentan rechazo, estereotipos, discriminación y prejuicios por parte de su entorno familiar, laboral, empleados del sector salud y otros, lo que tiene implicaciones en la salud mental y en los esfuerzos de las personas en recuperación de adicciones.

Por otro lado, todos los participantes comenzaron en el consumo de heroína a corta edad, entre los 13 y los 20 años, y la gran mayoría consumió heroína durante años antes de

tener una primera experiencia con el tratamiento de metadona. Las características anteriormente expuestas en torno al tiempo de consumo de heroína previo al tratamiento de metadona indica un peor pronóstico en el tratamiento (Marcos Sierra, 2010). Pues el tiempo prolongado consumiendo dosis altas, está asociado con un mayor número de recaídas (Bedate y Cols., 1995, citado en Marcos, Sierra., 2010).

Ahora bien, a partir de la dimensión de las instancias control social en el apartado familiar, la totalidad de los participantes señaló que en su seno familiar durante su crianza nadie consumía heroína, sin embargo, existía acceso a ésta en el entorno barrial que habitaba lo que coincide con la investigación de Castaño (2002). Por lo que cuando iniciaron en el consumo de heroína y su familia nuclear se enteró, se enfrentaron a distintas expresiones de control informal debido a ser consideradas personas “desviadas”. Lo que es relevante en la adherencia teniendo en cuenta que la familia es una de las principales agencias de control social informal, al ser el principal agente de socialización entre los individuos (Pérez y González 2020).

Los resultados obtenidos en torno al control social informal ejercido desde la familia hacia el usuario de heroína en recuperación, indicaron que en la totalidad de los participantes experimentaron coerción para dejar de consumir heroína por parte de su familia. Sin embargo, el total de los participantes señaló que la principal motivación para buscar tratamiento con metadona es mantener relación con sus familiares.

La familia suele ser el grupo más cercano de los usuarios de drogas, debido a esto son el grupo que más experimenta los efectos negativos de parte de los consumidores de heroína (Natera, Mora y Sainz, 1999), lo que usualmente genera relaciones problemáticas entre éstos y sus familias. Por lo que se considera que el apoyo familiar tiene una influencia significativa en la adherencia a los tratamientos para adicciones, o en cambio el poco apoyo familiar tiene un efecto no favorable en el proceso del paciente (Aguirre, 2015).

Pues las condiciones sociales, demográficas y económicas individuales influyen en el consumo de drogas (Fundación Eguía Careaga, 2014), así como intervienen en el abandono o mantenimiento del tratamiento de metadona en personas con adicción a la heroína (Romero et al. 2016).

Por otro lado, la mayoría de los participantes (4 de 7) externaron vivir en condición de pobreza durante el momento de la entrevista, pues no cuentan con un ingreso fijo, ni seguridad social. La condición de pobreza intensifica las consecuencias del consumo de drogas, debido a que incrementa el deterioro del estado de salud, el consumo de drogas de baja calidad, una carga económica alta para consumir sustancias y un menor acceso a servicios de salud (Medina-Mora y Rojas., 2003).

En ese sentido, la gran mayoría de los participantes del estudio (5 de 7) no cuentan con un empleo formal. Mientras que el total de los participantes señaló haber experimentado grandes dificultades para conseguir trabajo y mantenerse en un empleo. Lo que implica, que la mayoría de estos participantes tengan dificultades para conseguir sustento para sí mismos y sus familias, lo que coincide con los hallazgos de un estudio (Marcos Sierra, 2010), quien además señala que la baja integración socio laboral está relacionada con el abandono del tratamiento de metadona sobre todo en etapas iniciales.

Por otro lado, 3 de los 4 participantes que reciben tratamiento de metadona, indicaron acudir diariamente a la clínica utilizando transporte público. El recorrer largas distancias en autobús y pagar cantidades significativas en ello, coincide con los hallazgos de González et al. (2019), quien señala que el tiempo de traslado y las largas distancias, pueden significar algunas de las razones por las cuales los pacientes abandonan el tratamiento.

Algunos de los participantes señalaron tener un poli consumo de drogas al momento de su entrevista. Por otro lado, los mecanismos de control social, no necesariamente constituyen barreras o dificultades en la adherencia al tratamiento, pues incluso hay quien señalan que el propio tratamiento de mantenimiento con metadona es un instrumento del control social, que tiene la finalidad de transitar a los consumidores de drogas ilegales hacia un consumo legal y controlado (Harris y McElrath, 2012). Sin embargo, las condiciones derivadas de los propios mecanismos de control, pueden influir negativamente en la adherencia y la reinserción social de los pacientes como señalamos a continuación:

El total de los participantes señalaron que al menos en una ocasión han sido presionados o condicionados a dejar de consumir heroína. Todos los participantes señalaron que han recaído en el consumo en repetidas ocasiones, lo que les ha significado

consecuencias familiares y sociales. En donde han recibido sanciones que van desde privar el derecho a ver a sus hijos o a entrar al hogar. Estas sanciones coinciden con los hallazgos de Bolívar y González Santamaría, (2017) quienes señalan que estas situaciones estresantes en el sistema familiar constituyen un factor de riesgo de recaída.

A partir de esto último, hemos relacionado esto con el control social informal ejercido a través de la instancia familiar. Pues, el control social informal se vale de castigos y recompensas para educar a los individuos, siendo la familia la instancia que educa desde el nacimiento hasta la muerte (de Castro, 1987; citado en Aguilar, 2010). Y no siempre son un fracaso dentro del tratamiento, sino un aprendizaje para que el paciente tome conciencia sobre algo que no está haciendo de manera correcta (Pereira, 2017).

Del mismo modo, podemos entender que un entorno social funciona en base a acuerdos y condiciones comunes que facilitan la interacción entre las personas que lo componen. Como señala Spencer (2004) “...es razonable considerar a la sociedad como una entidad, porque, aunque formada de unidades discretas, la permanencia de las relaciones que tienen lugar entre ellas implica una cierta condición de conjunto concreto del agregado que forman” (p. 232).

Por otro lado, el total de los participantes señaló haber experimentado abuso por parte de los oficiales de policía, en distintas ocasiones. Destacando, cuando estos se encuentran en tránsito para recibir el tratamiento con metadona, ya que 6 de los 7 participantes señalaron que han sido abordados por los oficiales de policía, para ser revisados. Entre los participantes, 5 señalaron haber sido detenidos en su camino hacia la clínica de metadona o saliendo de la misma. Las razones de las detenciones han sido la posesión de drogas (alcohol, marihuana, medicamentos, alcohol, o parafernalia para el consumo de heroína, y en uno de los casos una participante fue detenida acusándola de tener droga que ella asegura no era suya. Lo anteriormente expuesto, coincide parcialmente con los hallazgos del estudio realizado por Fleiz-Bautista et al. (2019), quien además de las razones de detención antes expuestas, incluye como una de las razones más comunes de detención el cumplir con la cuota de detención diaria. Las detenciones, han comprometido la adherencia al tratamiento de metadona en 4 de los 5 participantes que han sido detenidos. Pues, el no recibir su tratamiento, y estar privados en la prisión preventiva los ha llevado a experimentar abstinencia.

Por otro lado, 2 de los 4 participantes que se encuentran adheridos al tratamiento de mantenimiento con metadona en la “Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones S.A. de C.V.”, señalaron que la clínica en la que se encuentran no les brinda atención psicológica de manera regular, pasando semanas enteras buscando tener una conversación con los terapeutas de dicha clínica. Respecto a la atención que reciben de parte de los terapeutas señalaron que el trato era impersonal y no recibían continuidad en su proceso.

Finalmente, los profesionales de la salud coincidieron que el tratamiento que brindan las clínicas de metadona debe ser integral, sin embargo no todas las clínicas lo llevan a cabo realmente, en torno a esto una de las participantes señaló que “realmente el tratamiento que brindan los programas de Ciudad Juárez, no son del todo integrales, sobre todo los programas particulares, pues no realizan un acompañamiento psicológico y emocional, sino que únicamente les proveen la metadona” (Profesional del tema 2. Entrevista personal. 16 de mayo de 2022).

Capítulo 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El tema del consumo de la heroína ha sido, por al menos un siglo, una cuestión que se ha atendido de manera limitada, siendo abordado principalmente desde un paradigma jurídico basado en la moral, desplazando la cuestión ética y sanitaria a un segundo plano. En esta investigación, se realizó un esfuerzo en realizar un análisis objetivo en torno a la complejidad que supone el fenómeno de las dificultades que enfrentan las personas que consumen heroína para adherirse a un tratamiento de sustitución de opiáceos.

Específicamente, se consideró abordar éste fenómeno como una cuestión que surge a partir de que “las relaciones sociales no siempre son armoniosas” y que en el caso de las personas consideradas “desviadas” éstas relaciones son especialmente coercitivas además de promovidas y dirigidas por el Estado y sus instituciones.

Estas relaciones, las experimentan las y los pacientes del tratamiento con metadona debido a la condición de haber sido consumidor o consumidora de heroína, lo les supone enfrentar condiciones de desventajas sociales, que además afecta otros aspectos de la vida de estas personas, incrementando la condición de pobreza, intensificando las patologías mentales y físicas. Sumando, estas condiciones a la adicción a la heroína y terminando por dificultar sino privar del tratamiento para abandonar el consumo con metadona.

Debido a esto, se consideró relevante enfocarse en la percepción y la experiencia de las personas que han estado o están en un tratamiento de mantenimiento con metadona, para identificar las principales dificultades y barreras que enfrentan para adherirse al tratamiento de mantenimiento con metadona en el contexto de ciudad Juárez.

Con la finalidad de concluir de manera adecuada, es necesario remitir a la pregunta inicial, la cual dio origen y esfuerzo a esta investigación en torno a ¿Cuáles son las principales barreras sociales y económicas que enfrentan los pacientes del tratamiento de mantenimiento con metadona para adherirse al tratamiento, en Ciudad Juárez Chihuahua?

Por lo menos, una respuesta preliminar para responder esta pregunta ha sido necesario establecer un análisis del discurso y la experiencia que han tenido los pacientes del tratamiento al momento de intentar abandonar el consumo de heroína a través del tratamiento de mantenimiento con metadona, en torno a su historia de vida, sus condiciones socioeconómicas y al cómo han experimentado el control social que las distintas instituciones sociales y estatales ejercidas hacia su persona, debido a su condición de personas “desviadas”.

Es decir, de antemano se puede afirmar que todos los seres humanos somos distintos, aunque al mismo tiempo se puede afirmar al menos discursivamente que todas las personas son valoradas como iguales por las instituciones estatales y sociales. Sin embargo, esto no sucede realmente de esta manera, y por el contrario hay condiciones y características en la vida de las personas que consumen heroína, que les significa el vivir en el otro lado de lo aceptado social y estatalmente, estas personas son obligadas a vivir en la exclusión, la pobreza, el estigma incluso cuando intentan transitar al lado aceptado por el orden social.

Lo anterior, ha sido abordado de manera extensa a lo largo del capítulo 4 de la presente investigación, considerando la historia de vida de las y los pacientes, así como la percepción y opinión de profesionales sensibilizados en el tema del tratamiento de mantenimiento con metadona en el contexto de Ciudad Juárez. Por lo que en base al análisis de estas experiencias de vida, se ha afirmado que la experiencia que estas personas han tenido en torno a la adherencia al tratamiento está obstaculizada por los mecanismos del control ejercidos hacia ellos.

En torno a lo anteriormente planteado, dentro del proceso de la investigación se han logrado caracterizar las principales barreras que estas personas enfrentan a lo largo de su experiencia vital y su cotidianidad, las cuales han sido descritas como condiciones de exclusión, desigualdad y pobreza relacionadas con el consumo de heroína y otras drogas, que se mantienen e incluso se intensifican cuando éstas personas intentan dejar el consumo de heroína mediante el tratamiento con metadona.

Lo anterior, debido a la propia naturaleza del consumo de heroína, una droga dura, percibida, cuya utilización es altamente estigmatizada, debido a la ilegalidad de la misma, a los trastornos mentales como la adicción, ansiedad y depresión, a los que se suman los y sanitarios como virus de inmunodeficiencia humana, hepatitis c, abscesos cutáneos, a lo que además se agrega la percepción de que estas personas delinquen o han delinquido para conseguir sustento a su consumo.

De acuerdo a esto, se han caracterizado las barreras en torno a tres principales categorías, las socioeconómicas, las derivadas del control social (tanto formal como informal) y el papel que el paradigma de reducción de daños supone alrededor del fenómeno, averiguando así si este último puede brindar soluciones o recomendaciones para que este suceso pueda aproximarse de mejor manera.

Según el análisis llevado a cabo, las barreras socioeconómicas extraídas en subcategorías biológicos, laborales, económicas y familiares que señalan haber experimentado de manera más pronunciada y que mayor afectación ha tenido en su proceso de adherencia al tratamiento de mantenimiento con metadona por parte de los informantes de la investigación.

Lo anterior, ha sido caracterizado como la edad de los informantes, el tiempo que han estado en el consumo de heroína, y el poli consumo de drogas ha sido una de las motivaciones para dejar de consumir heroína y adherirse al tratamiento. Sin embargo, han representado que el estilo de vida que han llevado durante el tiempo que han estado consumiendo implique gran dificultad para enfrentar una vida alejada del consumo, pues además de la dependencia que estas personas refirieron experimentar y los cambios de hábitos, conductas que el tratamiento de mantenimiento con metadona requiere en sus vidas implica condiciones materiales y apoyo al que usualmente no logran acceder.

De acuerdo con la subcategoría laboral, el total de los informantes coincide en lo complicado que es tener un empleo formal y que les pueda proveer de condiciones como el tiempo y la comprensión de que tienen que acudir a recibir un tratamiento diariamente o varias veces a la semana durante horas donde usualmente estarían laborando. Sumado a esto, el estigma al que se enfrentan cuando buscan empleo debido a su condición de consumidores o ex-consumidores de heroína ha sido otra de las barreras más comúnmente experimentadas.

La subcategoría económica, según el análisis de la presente investigación constituye otra de las barreras fundamentales para que las personas se adhieran al tratamiento de mantenimiento con metadona, pues, el tener que pagar una inscripción al tratamiento y una cuota diariamente (por lo menos los días que reciben el tratamiento), representa un esfuerzo mayor para poder mantenerse en el tratamiento, debido a que las condiciones económicas de los informantes son poco favorables para poder tener el dinero suficiente en la semana para cubrir esos gastos. A lo que además se agrega el gasto de acudir a estas clínicas, pues al estar en zonas de la ciudad cercanas a la periferia o bien, alejadas de la vivienda de los pacientes tienen que utilizar el transporte colectivo, o varios transportes para llegar.

Para complejizar lo anteriormente mencionado, gran parte de los informantes señaló que el hecho de que estos se encuentren tratando de mejorar sus condiciones de vida, es común que esto implique que éstos abandonen actividades ilícitas que realizaban cuando estaban consumiendo heroína, y que ahora se encuentren en trabajos formales o informales que no sean ilegales o ilícitos, que les generaban mayores ganancias.

En ese mismo sentido, las relaciones familiares y afectivas de los pacientes en tratamiento con metadona son complejas, y gran parte de éstos ya no cuentan con apoyo familiar en lo económico y/o en lo afectivo, lo que supone o bien una barrera más para adherirse al tratamiento, o bien el conflicto con los mismos en ocasiones puede significar volver a consumir heroína u otras sustancias (como alcohol o píldoras) que puedan desencadenar el recaer en el consumo de heroína.

Aunque en otro sentido, el volver a establecer contacto con familiares, o ganar su confianza es una de las principales motivaciones para buscar adherirse al tratamiento de mantenimiento con metadona, según expresaron los informantes en su totalidad.

Por otro lado, en cuanto a la categoría del control social está establecido en dos subcategorías, el control formal; el realizado por las instituciones vinculadas al Estado y el control social informal; el basado en las relaciones con las instituciones sociales.

De acuerdo a la subcategoría del control social formal, categorizadas en torno a la experiencia que los participantes del presente trabajo han tenido en torno a las leyes de fiscalización de las drogas, con los agentes de seguridad pública (policías), y con el sistema médico-sanitario; tratamiento para las adicciones.

Gran parte de los participantes (6 de 7), han experimentado en por lo menos una ocasión ser detenidos y/o privados de la libertad en relación a su consumo de heroína a lo largo de su vida. Lo cual en ocasiones ha sido señalado como una barrera a considerar al momento de acudir a las clínicas de metadona, pues el haber sido detenidos, o incluso acosados por oficiales de policía debido a que consumen o consumieron heroína, les puede generar dudas o temor de acudir a recibir tratamiento.

Mientras que por otro lado, el haber sido detenidos y privados de la libertad en la prisión preventiva, les ha supuesto dejar de acudir al tratamiento de mantenimiento con metadona a su clínica, e incluso les ha implicado experimentar abstinencia a la metadona, ya que como señalaron 2 informantes, en la prisión preventiva de ciudad Juárez, no se les ha suministrado metadona, a pesar de que estos señalaron al médico de la prisión preventiva.

En este mismo sentido, los mismos informantes señalaron, recibir “tramadol” por parte del médico, para disminuir los efectos del síndrome de abstinencia, cuando han estado privados de la libertad en la prisión preventiva.

Sumado a esto, los informantes han señalado que el experimentar abstinencia durante su estancia en la prisión preventiva, en por lo menos una ocasión ha tenido como consecuencia no alcanzar a llegar a las clínicas de metadona, y en cambio recurrir a utilizar heroína.

De acuerdo a las barreras a las que se enfrentan las y los consumidores de heroína para adherirse al tratamiento de mantenimiento con metadona en torno al sistema médico-sanitario de las clínicas de tratamiento, estos han señalado que el trato que suelen recibir en las clínicas de metadona particulares suele ser impersonal y por lo menos 4 de los informantes que reciben o recibieron tratamiento en las clínicas particulares indicaron haber visto a un terapeuta solo cuando ingresaron y apenas tener contacto con la persona que les suministra el fármaco, experimentando así poca gerencia sobre su propio tratamiento.

Esto último, faltando a los principios que indica que: “el tratamiento deberá de ser integral e individualizado” propuesto por las Normas Internacionales para el Tratamiento de Trastornos por el Uso de Drogas de 2020.

En el mismo sentido, los horarios establecidos en las clínicas de metadona usualmente vespertino en los programas existentes en ciudad Juárez, supone dificultades para que los pacientes puedan acudir de manera cotidiana.

Por otra cuenta, se consideró la experiencia en torno a los controles informales, emanados de las instituciones sociales, familia, amigos y entorno laboral, como la existencia o por el contrario la carencia de redes de apoyo que experimentan las personas que intentan transitar del consumo de heroína hacia la metadona. Pues el castigo, exclusión y la coerción ejercida desde estas instituciones debido a situaciones relacionadas con el consumo de heroína, puede estar relacionado con la motivación o falta de la misma para adherirse a tratamiento. Además, tienen un efecto negativo en la percepción de sí mismos que los pacientes de metadona.

Así mismo, la percepción que los especialistas que colaboraron en el presente estudio, coinciden que el hecho de ser o haber estado en el consumo de heroína el individuo suele ser valorado desde múltiples prejuicios y estigmas que la sociedad en parte promovida por la fiscalización de las drogas por parte del estado dirigen hacia éstas personas.

En última instancia, se identificaron las principales necesidades de las personas pacientes de tratamiento por mantenimiento con metadona en ciudad Juárez, la cuales pueden ser, la necesidad de poder incorporarse a empleos formales, que los empleadores, personal de recursos humanos y de contratación sean sensibles en el tema del tratamiento con metadona, de la misma manera el personal médico-sanitario, asimismo las autoridades encargadas de aplicar la ley como jueces y oficiales de policía.

En ese mismo sentido, las leyes y protocolos de actuación por parte de las instituciones del Estado, podrían tomar elementos desde el paradigma de reducción de daños para atender el fenómeno del consumo de heroína y el tratamiento de mantenimiento con metadona.

Finalmente en la siguiente sección, se exponen distintas recomendaciones que se pueden abordar en un futuro:

- Implementar programas de capacitación y actualización sobre el tratamiento de mantenimiento con metadona al personal profesional de atención primaria en salud,

con la finalidad de que puedan orientar a las personas consumidoras de heroína que acuden a estos servicios.

- Aumentar la coordinación entre el sistema de salud y el sistema judicial, que garanticen el adecuado tratamiento de mantenimiento con metadona en pacientes que se encuentran en un proceso penal o en reclusión.
- Proveer información clara y sensible sobre el tratamiento de mantenimiento con metadona hacia los oficiales de policía de las distintas dependencias de seguridad pública, con la finalidad de eliminar la estigmatización de los consumidores de heroína y a los pacientes del tratamiento. Promover un enfoque de salud pública que contrarreste el enfoque “criminal” que permea el consumo de drogas permitirá el acceso a tratamiento
- Implementar horarios matutinos y nocturnos más acordes a los horarios de trabajo y ampliar la atención a los fines de semana. Lo anterior, será más beneficioso y accesible para los pacientes.
- Establecer relaciones entre las clínicas de metadona con empresas u organizaciones que cuentan con trabajadores que reciben tratamiento de mantenimiento con metadona, para establecer acuerdos o convenios económicos o de transporte beneficioso para los pacientes.

Referencias

- Abela, A. (2003). Infancia socialización familiar y nuevas tecnologías de la comunicación.
- Apolline, T. (2011). Historias de Vida y conectividades emergentes en Hernández, Sancho y Rivas (coord.). *Historias de Vida en Educación. Biografías en Contexto*. ESBRINA-RECERCA, Universidad de Barcelona, N°4. Pp. 126-131
- Apud, I., & Romani, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2), 115-125.
- Aguirre Delgado, T. (2015). El apoyo familiar en el tratamiento de personas alcoholdependientes.
- Aguilar, D. (2010). Control Social y Prevención delictiva. Una introducción al tema desde el análisis de los medios de comunicación sociales. *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. Recuperado de www.eumed.net/rev/cccss/08/daa2.htm
- Alvarez, N. (2010). ¿ Se debe criminalizar el consumo de drogas ilegales?. *Cuicuilco*, 17(49), 31-42.
- Alzás, T., Casa, L., Luengo, R., Torres, J., & Verissimo, S. (2016). Revisión metodológica de la triangulación como estrategia de investigación. *CIAIQ2016*, 3.
- Amato, D., & Ferroni E. (2013). Methadone at tapered doses for the management of opioid withdrawal. Art. No.: CD003409. DOI: 10.1002/14651858.CD003409.pub4
- Ambrosio, F. (2003). Vulnerabilidad a la drogadicción. *Adicciones*, 15(3), 187-190.
- Baena, M., & López, D. (2007). Metadona y embarazo. *Medicina de Familia-SEMERGEN*, 33(3), 154-156.
- Bergalli, R. (1998). ¿ De cuál derecho y de qué control social se habla?. *Documento del Máster*.
- Bleda, J. (2006). Determinantes sociales de la salud y de la enfermedad. *Barataria. Revista Castellano-Manchega de Ciencias Sociales*, (7), 149-160.
- Bolívar, A. (2012). Metodología de la investigación biográfico-narrativa: recogida y análisis de datos. *Dimensões epistemológicas e metodológicas da investigação (auto) biográfica*, 2, 79-109.
- Bolívar, A. (2012). A pesquisa biográfica e narrativa: fundamentos epistemológicos y metodológicos. In *Pesquisa (auto) biográfica: lugares, trajetos e desafios. V Congresso Internacional de Pesquisa (Auto) Biográfica (V CIPA)*. Porto Alegre: PUCRS (pp. 4-17).
- Bolívar Parra, M. A. & González Santamaría, J. L. (2017). Programa de prevención ante recaídas a familias de sujetos ex consumidores de SPA y egresadas de la institución familiar FARO (Tesis de pregrado). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/13888>
- Bosque-Prous, M., & Brugal, M, T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30, 99-105.

- Buitrago, M., & Arias, L. (2018). Los aportes del enfoque biográfico narrativo para la generación de conocimiento en Enfermería. *Index de Enfermería*, 27(1-2), 62-66.
- Cañellas, Morales, J. (2022). Factores y actuaciones de enfermería relacionados con la adherencia terapéutica de metadona en pacientes jóvenes-adolescentes consumidores de drogas opioides.
- Carrasco, S. (2009). *Metodología de investigación científica: Pautas metodológicas para diseñar y elaborar el proyecto de investigación*. Lima: Editorial San Marcos, p. 226.
- Castaño, A. (2002). Consumo de heroína en Colombia. *Adicciones*, [S.l.], v. 14, n. 1, p. 87-90, ene. 2002. ISSN 0214-4840. Centros de Integración Juvenil. (2019). Sistema de Información Epidemiológica del Consumo de Drogas. Dirección de Investigación y Enseñanza. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/Chihuahua.pdf>
- Chaparro, L. (2016 Octubre 18). Cd. Juárez: 6 mil puntos donde se inyecta heroína. El Universal. <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/periodismo-de-investigacion/2016/10/18/picaderos-cd-juarez-6-mil-puntos-donde-se-inyecta>
- Chero, Montalvo, J. C. (2019). La reducción de la criminalidad en el Perú a través de una eficaz política criminal de carácter preventivo.
- Chesa, D., Elías, M., Fernández, E., Izquierdo, E., & Sitjas, M. (2004). El craving, un componente esencial en la abstinencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, (89), 93-112.
- Chitwood DD, Sanchez J, Comerford M, McCoy CB. Primary preventive health care among injection drug users, other sustained drug users, and non-users. *Subst Use Misuse* 2001; 36(6-7):807-824
- Cohen, S. (1988). Visiones de control social. *Barcelona, Ediciones PPU*.
- Colom, J., & Duro, P. Tratamiento de mantenimiento con metadona: manual de práctica clínica. [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament de Salut; 2009.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2009). Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009-Conadic. *Progreso, S.A de C.V*
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2016). Lineamientos Nacionales para el Funcionamiento de las Clínicas de Metadona. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/235018/Lineamientos_nacionales_para_funcionamientos_de_las_clinicas_de_metadonia.pdf
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2019). Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2020). Caracterización de los Servicios para Personas que Consumen Heroína, Fentanilo y otros Opioides en la Frontera Norte de México. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/MEXICO%20FINAL%20REPORT.pdf>
- Conner, K., & Rosen, D. (2008). “You're nothing but a junkie”: multiple experiences of stigma in an aging methadone maintenance population. *Journal of social work practice in the addictions*, 8(2), 244-264.
- Díez, R. (1997). El bien jurídico protegido en el Derecho penal garantista. *Jueces para la democracia*, (30), 10-19.
- Domínguez-Martín, A. L., Miranda-Estribí, M. D., Pedrero-Pérez, E. J., Pérez-López, M., & Puerta-García, C. (2008). Estudio de las causas de abandono del tratamiento en un centro de atención a drogodependientes. *Trastornos adictivos*, 10(2), 112-120.

- De Andrés, M., & Delás, J. (2005). Reducción de daños asociados al consumo de drogas no legales en el sur de Europa. *Medicina Clínica*, 125(18), 700-702.
- Earnshaw V, Smith L, Copenhaver M. (2013) Drug Addiction Stigma in the Context of Methadone Maintenance Therapy: An Investigation into Understudied Sources of Stigma. *Int J Ment Health Addict.* 1;11(1):110-122. doi: 10.1007/s11469-012-9402-5. PMID: 23956702; PMCID: PMC3743126.
- Elliott, R., Fischer, C. & Rennie, L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British journal of clinical psychology*, 38(3), 215-229.
- Espina, A., & García, M. (1993). Factores pronósticos de abandono terapéutico y recaída en heroínómanos. Una revisión. *Adicciones: Revista de Socidrogalcohol*, 5(2).
- Fagan, J., & Meares, T. (2008). Punishment, deterrence and social control: The paradox of punishment in minority communities. *Ohio St. J. Crim. L.*, 6, 173
- Fernández, A. (2015). Investigación-participación e historias de vida, un mismo camino. *Recuperado de http://www.fpce.up.pt/iiijornadashistoriasvida/pdf/2_Investigacionparticipacion%20e%20Historias%20de%20vida.pdf*
- Ferrer, F. (1995). El control social de la escuela: Reflexiones para un análisis internacional. *Revista española de educación comparada*.
- Frenk, J., Bobadilla, J. L., Stern, C., Freika, T., & Lozano, R. (1991). Elementos para una teoría de la transición en salud. *Salud pública de México*, 33(5), 448-462.
- Frenk, J. (1994). La salud de la población. Hacia una nueva salud pública (Primera ed.). Distrito Federal: Fondo de Cultura Económica.
- Fleiz-Bautista, C., Domínguez-García, M., Villatoro-Velázquez, J., Vázquez-Quiroz, F., Zafra-Mora, E., Sánchez-Ramos, R., & Medina-Mora, M. (2019). Cuqueando la Chiva: Contextos del consumo de heroína en la frontera norte de México. *Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz*
- Folgueiras, P. (2016). *Técnica de recogida de información: La entrevista. Documento de trabajo.* <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/99003/1/entrevista.pdf>
- Fundación Eguía Careaga. (2014). Desigualdades socioeconómicas consumo de drogas y territorio. Obtenido de Documento de sitio web.: <https://www.siiis.net/documentos/informes/199635.pdf>
- García, A. (1995). Fundamentación teórica y uso de las historias y relatos de vida como técnicas de investigación en pedagogía social.
- González, G., Giraldo, L. F., DiGirolamo, G., Rey, C. F., Correa, L. E., Cano, A. M., & Romero-González, M. (2019). Enfrentando el problema emergente de consumo de heroína en Colombia: los nuevos programas de tratamiento asistido con metadona. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 48(2), 96-104.
- Göran, D., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health.*
- Grau-López, L., Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Bachiller, D., Rodríguez-Cintas, L., & Casas, M. (2012). *Factores de riesgo de recaída en pacientes drogodependientes tras desintoxicación hospitalaria.* *Adicciones*, 24(2), 115-122.
- Hamui-Sutton, A., & Varela-Ruiz, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en educación médica*, 2(5), 55-60.
- Hernández, I., Sarmiento, N., Gonzalez, I., Galarza, S., De la Bastida, A., Terán, S., & Terán, E. (2018). Adherencia al tratamiento en los pacientes de consulta externa de los centros de salud de Quito. *Metro Ciencia*, 26(1), 07-11.

- Hornillos, J. (2015). Evaluación de calidad de vida y sus determinantes en personas dependientes de opiáceos en tratamiento con metadona.
- Horwitz, A. V. (1990). *The logic of social control*. Springer Science & Business Media.
- Janowitz, M. (1975). Sociological theory and social control. *American Journal of sociology*, 81(1), 82-108.
- Joseph H, Stancliff S, Langrod J. Methadone maintenance treatment (MMT): a review of historical and clinical issues. *The Mount Sinai Journal of Medicine*, New York. 2000 Oct-Nov; 67(5-6):347-364. PMID: 11064485.
- Jusidman, C & Almada, H. (2007). La realidad social de Ciudad Juárez: Análisis social (tomo 1). *Universidad Autónoma de Ciudad Juárez*
- Kemmesies, U. (2001). *Use Of Illicit Drugs In The" Civil" Milieu. Influence Of Formal And Informal Social Control. Adicciones*, 13(1).
- Ladero, J., Leza, C., Lizasoain I. & Lorenzo, P. (2009). Drogodependencias. Farmacología. Patología. Psicología. Legislación. Madrid: Médicapamericana.
- Levy, B. (1972). Five years after: A follow-up of 50 narcotic addicts. *American Journal Psychiatry*, 7, 22.
- Lianos, M. (2003). Social control after Foucault. *Surveillance and Society*, (1), 3.
- Linares, N., & Cravioto, P. (2003). Principales enfoques y estrategias metodológicas empleados en la investigación del consumo de drogas: la experiencia en México. *Rev. cuba. med. gen. integr.*
- Link, B. G., & Phelan, J. (2014). Stigma power. *Social science & medicine*, 103, 24-32.
- López-Muñoz, F., González, E., Serrano, M. D., Antequera, R., & Alamo, C. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(1), 21-33.
- Lulle, T., Vargas, P., y Zamudio, L. (1998). Los usos de la historia de vida en las ciencias sociales II. Barcelona: Anthropos.
- Marcos, González
- Sierra, J. A. (2010). Evaluación de la eficacia de un programa de psicoterapia multifamiliar con equipo reflexivo en adictos a opiáceos en tratamiento con metadona.
- Medina-Moram, M., & Rojas, G. (2003). Mujer, pobreza y adicciones. *Perinatol Reprod Hum*. 17(4):230-244.
- Meyenberg Leycegui, Y. (1993). Cuatro esbozos teóricos para pensar en el consenso. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, 38(152), 69-98.
- Miric, M., Álvaro, J., González, R., & Rosas, T. (2017). Microsociología del estigma: aportes de Erving Goffman a la conceptualización psicosociológica del estigma social. *Psicología e Saber Social*, 6(2), 172-185.
- Montañez, M. (2019). Ideación e intervención en drogas desde lo sanitario: analizando los discursos profesionales y dispositivos ambulatorios de atención.
- Morales, Noreña, L., & Martínez, Urrego, J. (2020). Usuarios de heroína en la ciudad de Armenia y acceso a programas ambulatorios de sustitución con metadona: un problema de investigación.
- Natera, R., Mora, J., & Sáinz, M. (1999). Barreras en la búsqueda de apoyo social para las familias con un problema de adicciones. *Salud Mental*, 22(Esp), 114-120.
- NIDC. (2005). Metadona: Datos rápidos. Recuperado de https://www.justice.gov/archive/ndic/pubs6/6096/6096p_spanish.pdf en 2022 Febrero 3
- NIDA. (2020, Mayo 29). ¿Cuáles son las complicaciones médicas del consumo crónico de

heroína? Retrieved from
<https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/la-heroina/cuales-son-las-com-plicaciones-medicas-del-consumo-cronico-de-heroina> en 2022, Julio 30

NIDA. (2020, Junio 2). ¿Cuáles poblaciones son las más afectadas?. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/el-vihsida/cuales-poblaciones-son-las-mas-afectadas> en 2022 Enero 3

NIDA. (2020, Junio 4). ¿Cómo se trata la dependencia de opioides dentro del sistema de justicia penal? Recuperado de <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/medicamentos-para-el-tratamiento-del-trastorno-por-consumo-de-opioides/como-se-trata-la-dependencia-de-opioides-dentro-del-sistema-de> en 2022, Enero 29

NIDA. (2020, Junio 4). ¿Qué efecto tienen los medicamentos contra la dependencia de opioides en el VIH y la hepatitis C?. Recuperado de <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/serie-de-reportes/medicamentos-para-el-tratamiento-del-trastorno-por-consumo-de-opioides/que-efecto-tienen-los-medicamentos-contra-la-dependencia-de-opioides> en 2022, Febrero 20

Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. (2016). Derechos humanos: Manual para parlamentarios no. 26. ISBN 978-92-9142-676-8

Olmo, P. (2005). El concepto de control social en la historia social: estructuración del orden y respuestas al desorden. *Historia social*, 51, 73-74.

Organización Mundial de la Salud. (2008) Subsana las desigualdades en una generación. Informe Final. Ginebra: OMS/OPS. Recuperado de : https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=368-comision-sobre-determinantes-sociales-de-la-salud-resumen-analitico-del-informe-final-2008&category_slug=equidad-en-salud&Itemid=493

Organización Mundial de la Salud. (24 de agosto de 2016). Un programa pionero de tratamiento con metadona devuelve la esperanza a miles de personas en Dar es Salaam Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/pioneering-methadone-programme-in-dar-es-salaam-gives-hope-to-thousands>

Pascual, P., & Pascual, F. (2017). El estigma en la persona adicta. *Adicciones*, 29(4), 223-226.

Pereira, M. (2017). Adicciones y recaídas: Síndrome de la recaída. *Instituto Superior de Estudios Psicológicos. España. Recuperado de: https://www.isep.es/actualidadpsicologia-clinica/adicciones-y-recaidas-sindrome-de-la-recaida.*

Perez, N., & Gonzalez, R. (2020). La familia cubana y sus particularidades desde el control social informal. *Universidad&Ciencia*, 9(3), 16-29.

Pitch, T. (1988). Pena e cura. Le risposte attuali dei servizi di salute mentale alla luce della chiusura delgi ospedali psichiatrici giudiziari. *Marcello Chiarotti (b, c), Sandro Libianchi (c, d), 19, 47.*

Puyana, V., & Barreto, J. (1994). La historia de vida: recurso en la investigación cualitativa. Reflexiones metodológicas. *Maguaré.*

Ricoeur, P. (2003). *Tiempo y narración: Configuración del tiempo en el relato histórico* (Vol. 1). Siglo xxi.

Ross, S., & Peselow, E. (2012). Co-occurring psychotic and addictive disorders:

- neurobiology and diagnosis. *Clinical neuropharmacology*, 35(5), 235-243.
- Romaní, O. (1997). Etnografía y drogas: discursos y prácticas. *Nueva antropología*, 16(53), 39-66.
- Romaní, O. (2020). *Ciencia y políticas de drogas. Contexto sociocultural, neuropolítica y control social. Revista Cultura y Droga*, 25 (29), 183-207. DOI: 10.17151/culdr.2020.25.29.9.
- Romero, M., Medina, M. E., González, H., Vásquez, J., Armas, G., & Magis, C. (2016). Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa. *México: Instituto Nacional de Psiquiatría, Centro Nacional de Prevención y control del VIH/SIDA, Secretaría de Salud*.
- Ruchansky, E. (2015). *Un mundo con drogas: Los caminos alternativos a la prohibición: Holanda, Estados Unidos, España*. Debate.
- Salazar, P. (2012). El consumo de drogas ilegales en Baja California. Una perspectiva desde los Determinantes Sociales de la Salud.
- Sánchez, G. (2013, noviembre 7). Clínicas de metadona: redes de seguridad. La Jornada <https://www.jornada.com.mx/2013/11/07/ls-once.html>
- Sánchez, L., & Carreón, D. (2007). La reducción de daños en la atención a poblaciones vulnerables: usuarios de drogas inyectadas y VIH-SIDA en Sonora.
- Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89.
- Sanjurjo, D. (2013). El cambio en las políticas de estupefacientes: el ejemplo de Uruguay. *El cambio en las políticas de estupefacientes: el ejemplo de Uruguay*, 291-311.
- Sanvisens, A., Rivas, I., Faure, E., Muñoz, T., Rubio, M., Fuster, D., Tor, J., & Muga, R. (2014). Características de los pacientes adictos a la heroína admitidos en un programa de tratamiento con metadona. *Medicina Clínica*, 142(2), 53-58.
- Sampieri, H. (2006). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición Mc Graw Hill.
- Serrano, G. (2015). La vulnerabilidad, antesala de las desigualdades en salud. *Metas de enfermería*, 18(4), 3-3.
- Spencer, H. (2004). *¿Qué es una sociedad? Una sociedad es un organismo. Reis*, (107), 231-243.
- Trujols, J., & Perez, J. (2005). La perspectiva de los usuarios sobre los tratamientos de mantenimiento con metadona: una revisión centrada en la satisfacción con el tratamiento. *Adicciones*, 17(2), 181-204.
- UNODC. (2020). Normas internacionales para el tratamiento de trastornos del uso de drogas: edición revisada que incorpora los resultados de las pruebas de campo. Recuperado de https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/ES_UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_unoff_2020.pdf.
- UNODC. (2020). Informe mundial sobre las drogas, Recuperado de https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/webstories/2020/06_26_Informe_Mundial_Drogas_2020.html
- Velázquez, D., Friman, N., & González, M. (2016). Programas de reducción de daños en las adicciones, un dilema ético. *Correo Científico Médico*, 20(4), 804-809.
- World Health Organization. (2003). Adherence to Long Term therapies, Evidence for action. Who. Geneva.

Zorrilla, G, C. (1987). Drogas y control social. *Revista Poder y Control N*

Anexos

Anexo I

Guion de historia de vida:

Tratamiento por Mantenimiento con Metadona en personas usuarias de heroína en Ciudad Juárez: Factores que limitan y dificultan el proceso desde la teoría del Control Social

Apartado socio-demográfico

1. Fecha de nacimiento (confidencial):
2. Fecha de entrevista:
3. Nombre (confidencial):
4. Edad (confidencial):
5. Género:
6. Lugar de origen
7. (En caso de no haber nacido en Juárez) ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en Juárez?
8. (En caso de no haber nacido en Juárez) ¿Tiene familiares o personas cercanas a quienes recurrir cuándo tiene problemas? ¿Quién/es?
9. Último grado escolar cursado
10. Situación laboral actual (o último trabajo que ha tenido)
11. Cuánto dinero gana en un mes (“¿cuánto dinero crees que juntes en un mes más o menos?”)
12. Estado civil actual
13. ¿Con quién/es vive?
14. Tiene hijos o hijas
15. Tiene personas que dependen económicamente de usted:

Historia de Consumo

16. ¿Cuál fue tu primer acercamiento con las drogas?
17. ¿Alguna persona cercana a ti consumía alguna droga? ¿Qué droga/s?
18. ¿Qué edad tenías la primera vez que consumiste una droga?
19. ¿Cuál fue la primera droga que probaste?
20. ¿Cuáles fueron las razones para probar esa droga?
21. ¿Qué edad tenías cuando probaste por primera vez la heroína?
22. ¿En qué colonia o zona de la ciudad consumiste heroína por primera vez?
23. ¿Actualmente consumes heroína?
24. ¿En qué colonia o zona de la ciudad consume/consumía heroína con mayor frecuencia?
25. ¿De qué manera la consumes (inyectada, inhalada, etc.)?
26. ¿Qué cantidad de heroína consumes (o consumía) diariamente? (puede ser en dosis, o medidor de la jeringa).

27. ¿Además de heroína consumes regularmente alguna otra droga (preguntar sobre pastillas)?
28. ¿Ha intentado dejar de consumir heroína?
29. ¿Cuántas veces?
30. ¿De qué manera?

Apartado Tratamiento por Metadona

31. ¿Cómo supiste del TMM?
32. ¿Conoces personas que hayan dejado de consumir heroína gracias al tratamiento de metadona?
33. ¿Cuánto tiempo tienes en el tratamiento?
34. ¿Cuándo fue la última vez que utilizaste heroína?
35. ¿Utilizas alguna otra droga a la par del tratamiento?

(En caso de que la anterior respuesta sea afirmativa)

36. ¿Cuáles son las razones porque utilizas tal sustancia mientras estás en el TMM?
37. ¿Cómo consideras que es tu medicación de Metadona (alta, baja, correcta)?
38. ¿Cuáles son tus principales razones para estar en un programa de metadona?
39. ¿Cuáles son las ventajas de estar inscrito en un programa de metadona?
40. ¿Cuáles desventajas hay de estar inscrito en un programa de metadona?
41. ¿Con qué expectativas tenías cuando ingresaste al programa de metadona?
42. ¿Qué tan cerca crees que estás de cumplir esas expectativas?
43. ¿Hay personas a tu alrededor que te apoyen a cumplir esas expectativas? (redes de apoyo)
44. ¿Asistes o has asistido a otro lugar donde te apoyen en tu proceso de metadona (iglesia, grupo de apoyo, psicólogo, etc.)?
45. ¿Qué complicaciones has tenido para alcanzar esas expectativas?

-Tiempo, distancia, dinero, horarios de la clínica, reglas de la clínica, etc.

43. (En caso de que la persona esté solo con metadona) ¿Alguna vez ha tenido una recaída mientras está en el TMM?

44. ¿Cuáles fueron las razones de la recaída?

45. ¿Si pudieras cambiar algo del TMM que cambiarías?

46. ¿Quiénes son quienes más te apoyan en el programa de metadona?

47. ¿Quién o quiénes de tu familia, amigos, o pareja te apoyan más en tu tratamiento de metadona?

Apartado Control Social

48. ¿Practicas alguna religión?

49. ¿Alguna vez te has sentido discriminado/a? ¿De qué manera?

50. ¿Has tenido experiencias negativas con la policía relacionada con tu consumo?

51. ¿Alguna vez estuvo detenido/o encarcelado/a? ¿Por qué razón? ¿Cuánto tiempo?

52. ¿Te han discriminado en una clínica de metadona?

53. ¿Cómo consideras que es el trato que recibes en la clínica de metadona?

54. ¿Qué tanto consideras que ocultas tu consumo a la sociedad?

55. ¿Tienes algún ser cercano que te apoye de alguna manera en el proceso de metadona?

56. ¿En qué lugares has sentido vergüenza? (en caso de que la respuesta anterior sea afirmativa)

Preguntas de cierre

57. ¿Qué le gustaría cambiar de usted?

58. ¿Qué barreras le dificultan cambiar aquello que usted quiere cambiar de sí mismo/a?

Anexo II

Tablas de perfil socioeconómico de los participantes, pacientes del tratamiento de metadona

PERFIL SOCIOECONÓMICO DE LAS Y LOS PARTICIPANTES									
Nombre Participante	Género	Edad	Estado Civil	Lugar de Nacimiento	Migración (Ha sido migrante en otro país, o migró hacia Ciudad Juárez).	Vivienda	Familia o personas con las que vive	Nivel educativo	Vida laboral
Participante 1	M	48	Unión libre	Estado de México	Vivió 25 años en Estados Unidos	Zona poniente, Ciudad Juárez, en vivienda de alquiler	Vive con su pareja e hija.	Primaria (5º grado)	Promotor de salud en programa social, con personas que usan drogas inyectables.
Participante 2	M	54	Soltero	Villa Hidalgo, Durango	Migró a ciudad Juárez, durante su infancia (6 años de edad) y ha pasado la mayor parte de su vida viviendo en Juárez.	Colonia Azteca, en casa de alquiler	Vive solo, toda su familia (madre y hermano) radica en El Paso. -Tuvo 3 hijos, 2 hijos fueron asesinados, el tercer hijo migró a otra ciudad.	Primaria	Empleado, promotor de salud en programa social, con personas que usan drogas inyectables
Participante 3		48		Ciudad	Ha pasado toda su	No tiene un	Vive con su		Desempleado,

	M		Soltero	Juárez, Chihuahua	vida en Ciudad Juárez	hogar fijo, vive con familiares	hermana. Tiene una hija, a la cual no puede ver.	Secundaria	es músico.
Participante 4	F	42	Soltera	Ciudad Juárez, Chihuahua	Vivió 30 años en Estados Unidos. Vive desde hace 10 años en Ciudad Juárez.	Zona centro, en casa de su ex-pareja	Vive con su ex-pareja y con su hijo	Preparatoria	Desempleada, por condición médica. Depende económicamente de su ex-pareja
Participante 5	M	42	Soltero	Ciudad Juárez, Chihuahua	Nació y ha vivido toda su vida en Ciudad Juárez	No tiene hogar, vive en condición de calle. Ocasionalmente se queda en albergue o en una tapia	Vive solo, no tiene contacto con su familia desde hace cerca de 2 años.	Preparatoria (3er grado)	Desempleado. Pide dinero como principal ingreso.
Participante 6	F	48	soltera	Ciudad Juárez, Chihuahua	Vivió 22 años en Estados Unidos, tiene 15 años viviendo en Ciudad Juárez.	Vive en Zaragoza, en casa de su madre	Vive con su madre y su hijo	Secundaria	Empleada informal, trabajo doméstico
Participante 7	M	43	soltero	Ciudad Juárez, Chihuahua	Vivió 6 años en Estados Unidos (Denver, Colorado), regreso a Ciudad Juárez en el año 2000	Vive en zona centro, en casa de su madre.	Vive con su madre y sus 2 hijos.	Secundaria	Empleo informal, trabaja en auto lavado

PERFILES DE LAS Y LOS PARTICIPANTES: COMO PACIENTES DEL TRATAMIENTO DE MANTENIMIENTO CON METADONA

Nombre Participantes	Acercamiento al tratamiento de mantenimiento con metadona	Estado actual de tratamiento	Tiempo recibiendo tratamiento con metadona	Clínica en la que recibe o ha recibido tratamiento
Participante 1	-Entre los años 2000-2001 personas con las que consumía heroína comenzaron a recibir tratamiento con metadona, lo que le motivó a ingresar al tratamiento en ese mismo año.	Recibiendo tratamiento en la actualidad	-Desde septiembre de 2021-mayo de 2022 ininterrumpidamente, 8 meses hasta el momento de su participación en el estudio.	-Centros de Integración Juvenil, A.C: Unidad de tratamiento para usuarios de heroína
Participante 2	-A principios de los años 2000, amigos con los que consumía empezaron a recibir tratamiento con metadona, y empezaron a vivir de una mejor manera, lo que le motivó a acercarse al tratamiento de metadona.	Recibiendo tratamiento en la actualidad.	-Tiene 3 años en tratamiento de mantenimiento con metadona hasta el momento de su participación en el estudio.	-Centros de Integración Juvenil, A.C Clínica de metadona
Participante 3	-“cansado de años de consumo de heroína me acerque a la metadona para dejar de consumir en muchas ocasiones” (comunicación personal)	Recibiendo tratamiento actualmente	-Cerca de 2 años de tratamiento con metadona, de 2020 al momento de la participación en el estudio.	-Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones S.A. de C.V. -Anteriormente acudía al tratamiento en Centros de Integración Juvenil, A.C: Unidad de tratamiento para usuarios de heroína

Participante 4	-En 1998 parte de su círculo de amigos con los que usaba heroína comenzaron a recibir tratamiento. Ella comenzó a recibirlo en ese periodo.	Recibiendo tratamiento en la actualidad	-Tiene 6 años recibiendo tratamiento de mantenimiento con metadona de manera ininterrumpida hasta su participación en el estudio.	-Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones S.A. de C.V. -Anteriormente acudía al tratamiento en -Centros de Integración Juvenil, A.C: Unidad de tratamiento para usuarios de heroína
Participante 5	-Conoció la metadona porque amigos con los que consumía heroína y otras drogas, iban a recibir tratamiento. El participante comenta que comenzó a utilizarla porque era más barato que consumir heroína.	Abandonó el tratamiento el año pasado (2021).	-Estuvo recibiendo tratamiento con metadona durante 9 meses, mientras mantenía consumo paralelo de heroína en todo ese tiempo.	-Centros de Integración Juvenil, A.C: Unidad de tratamiento para usuarios de heroína
Participante 6	-Conoció del tratamiento con metadona porque muchos de sus amigos estaban en tratamiento con metadona, y cuando supo que estaba embarazada decidió recibir tratamiento.	Abandonó el tratamiento el año pasado (2020)	-Recibió tratamiento con metadona, hace 2 años, hasta 2020	-Clínica Integral de Tratamiento Contra las Adicciones S.A. de C.V
Participante 7	-Conoció del tratamiento con metadona por amigos con los que consumía heroína que acudían al tratamiento.	Abandonó el tratamiento, cerca de años (2018).	-Estuvo recibiendo tratamiento de metadona en 2 ocasiones. La primera vez en 2007, y la segunda vez en 2018. En ambas ocasiones mantuvo consumo paralelo con heroína.	-Centros de Integración Juvenil, A.C Clínica de metadona

Tablas 1 y 2. Perfiles de las y los participantes pacientes del tratamiento de mantenimiento con metadona. Fuente elaboración propia a partir del trabajo de campo.

El autor es Licenciado en Psicología por la Universidad Autónoma de Ciudad Juárez. Ha desempeñado el puesto de promotor de salud en la organización Programa Compañeros A.C y ha colaborado como entrevistador en la investigación denominada “Project Encuentro” llevada a cabo por la Universidad de Texas en El Paso (UTEP), misma que recibe financiamiento del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA) de los Institutos Nacionales de Salud de Estados Unidos de América (NIH), para ralentizar la propagación del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en personas consumidoras de drogas en la región fronteriza de Ciudad Juárez y El Paso. Y ha colaborado en intervenciones con personas que viven con VIH para distintos proyectos del Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y Sida (Censida). Egresado de la Maestría en Acción Pública y Desarrollo Social de El Colegio de la Frontera Norte.

Correo electrónico: jorozco.mapds2020@colef.mx

© Todos los derechos reservados. Se autoriza la reproducción y difusión total y parcial por cualquier medio, indicando la fuente.

Forma de citar:

Orozco Segura, Jesús. (2022). “Tratamiento de mantenimiento con metadona: Barreras en la adherencia de las y los usuarios de heroína, desde los procesos del control social en Ciudad Juárez, Chihuahua, 2022”. Tesis de Maestría en Acción Pública y Desarrollo Social. El Colegio de la Frontera Norte, A.C. México