
Guía de tratamiento centrada
en la persona y basada en
la evidencia para trastornos
por uso de fentanilo y
metanfetamina en México

Una publicación de:



Salud
Secretaría de Salud



CONASAMA
COMISIÓN NACIONAL DE SALUD MENTAL
Y ADICCIONES



Por la paz
y contra las adicciones

Con el apoyo técnico y financiero:



Financiado por
la Unión Europea



**Episteme
Social**

CRÉDITOS

Directorio

Secretaría de Salud

Dr. David Kershenobich Stalnikowitz, **Secretario de Salud.**

Subsecretaría de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional

Dr. Ramiro López Elizalde, **Subsecretario de Políticas de Salud y Bienestar Poblacional.**

Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones

Dr. Francisco José Gutiérrez Rodríguez, **Titular de la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones.**

Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres, **Directora General de Políticas de Salud Mental y Adicciones.**

Dr. Ricardo Ignacio Audiffred Jaramillo, **Director General de Primer Nivel de Atención y Salud Pública.**

Dr. Gabriel Eugenio Sotelo Monroy, **Director General de Atención Especializada en Salud Mental.**

Mtro. Salvador Humberto Parra Valdez, **Director de Desarrollo de Modelos de Atención en Salud Mental.**

Mtra. Alejandra Rubio Patiño, **Directora de Cooperación Internacional.**

Mtra. Nadia Robles Soto, **Directora de Coordinación de Estrategias.**

Dr. Gerardo Peña Ordieres, **Director de Gestión de Servicios.**

Lic. Samantha Cedeño Quintero, **Directora de Comunicación Educativa.**

Mtro. Óscar Flores Cuellar, **Encargado de la Oficina Nacional de Alcohol y Tabaco.**

Mtro. Víctor Oswaldo Orozco Estrada, **Director de Estrategia y Procesos.**

Lic. Mónica González Ortega, **Directora de Coordinación y Vinculación.**

Mtra. Rosa María Vizconde Ortuño, **Directora de Administración.**

Desarrollo Técnico:

CONASAMA

Dr. Francisco José Gutiérrez Rodríguez, **Comisionado Nacional de Salud Mental y Adicciones.**

Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres, **Directora General de Políticas de Salud Mental y Adicciones.**

Mtro. Salvador Humberto Parra Valdez, **Director de Desarrollo de Modelos de Atención de Salud Mental.**

Mtra. Josefina Alejandra Rubio Patiño, **Directora de Cooperación Internacional.**

Dr. Eloy Ordaz Ávila, **Profesional de Desarrollo de Modelos de Atención de Salud Mental.**

Episteme Social

Piñeiro López, Nicolás Elías.

Borràs Cabacés, Tre.

Martínez Oró, David Pere.

COPOLAD III

Inés Elvira Mejía M, **Task force Acceso a servicios de calidad e inclusión social.**

Primera edición: noviembre de 2025.

Diseño gráfico: Bea de Rivera Marinel-lo

ISBN: 978-84-09-72514-4

Contacto: <https://www.gob.mx/conasama>; info@epistemesocial.org

Criterio de citación: Piñeiro López, Nicolás Elías, Borràs Cabacés, Tre y Martínez Oró, David Pere. *Guía de tratamiento centrada en la persona y basada en la evidencia para trastornos por uso de fentanilo y metanfetamina en México.* COPOLAD III, CONASAMA y Episteme Social.

La presente publicación ha sido elaborada con la asistencia de la Unión Europea, el Programa COPOLAD III y Episteme Social. Las opiniones y datos contenidos en este documento son responsabilidad exclusiva de la autoría, y en ningún caso compromete ni refleja la opinión de la FIAP o de la Unión Europea.

Prólogo

La transformación del panorama de las sustancias psicoactivas en México, marcada por la presencia del fentanilo y las metanfetaminas, nos convoca como sociedad y como sistema de salud a una acción decidida, humanista e innovadora. Enfrentamos un desafío de salud pública que no puede ser abordado únicamente desde una perspectiva de seguridad, sino que exige, en su núcleo, un enfoque de bienestar y justicia social.

En la Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA), se ha asumido este reto alineados con la política del Gobierno de México que prioriza la Atención a las Causas y el Desarrollo con Bienestar y Humanismo. Entendemos que detrás de cada estadística hay una historia, una persona y una comunidad. Por ello, la respuesta no puede ser la estigmatización o la exclusión, sino la atención integral, accesible y de calidad.

La Guía de tratamiento centrada en la persona y basada en la evidencia para trastornos por uso de fentanilo y metanfetamina en México que hoy se presenta es un pilar fundamental de esta respuesta, lo que abona hacia un cambio de paradigma crucial, transitamos de un modelo centrado en la sustancia a uno centrado en las personas. Se deja atrás la noción de adicción para adoptar el concepto de trastorno por uso de sustancias, reconociendo que hablamos de una condición de salud multifactorial que requiere de un modelo biopsicosocial. Esta guía está cimentada en dos pilares fundamentales; la evidencia científica, que nos orienta sobre intervenciones efectivas, y el respeto absoluto a los derechos humanos, que ayuda a definir cómo debemos implementar dichas intervenciones.

Este material está dirigido a las y los profesionales que se encuentran en la primera línea de atención. Su objetivo es fortalecer sus capacidades, ofreciendo lineamientos clínicos claros, protocolos actualizados y un repaso de las prácticas internacionales adaptadas a nuestro contexto nacional. Se propone un abordaje que no solo busca la abstinencia, sino que promueve la recuperación integral y la inclusión social.

Este esfuerzo no sería posible sin la invaluable colaboración de nuestros socios estratégicos, por lo que expreso mi más profundo agradecimiento al Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD III) y a la Fundación para la Internacionalización de las Administraciones Públicas (FIAP), así como al equipo de Episteme Social por su compromiso técnico para hacer realidad esta guía.

Confiamos en que esa guía será una herramienta operativa clave que contribuirá a transformar la atención y a mejorar la calidad de vida de las personas.

Dr. Francisco José Gutiérrez Rodríguez

Comisionado Nacional de Salud Mental y Adicciones

Prólogo

La realidad de las personas que cursan con trastornos por uso de metanfetaminas y fentanilo plantea un desafío internacional en la articulación de políticas públicas eficaces, ágiles y que contribuyan al proceso de construcción de paz social y al bienestar integral de las personas desde una visión esencialmente humanitaria, con un enfoque transversal y también preventivo. Esta Guía materializa un cambio de paradigma indispensable, el dejar atrás el estigma para abrazar un modelo centrado en la persona y basado rigurosamente en la evidencia científica. Al adoptar el enfoque biopsicosocial y priorizar los derechos humanos, se reconoce que la recuperación no es un proceso lineal ni aislado, sino una trayectoria integral que requiere empatía, ciencia y acompañamiento.

Esta guía es la materialización de una política que prioriza la dignidad, la reducción de riesgos y la recuperación integral, por encima del estigma, las y los profesionales encontrarán en estas páginas no solo protocolos actualizados, sino una brújula que les pueda orientar para ofrecer tratamientos dignos y culturalmente adaptados así como la importancia de acompañar las acciones de atención con las vinculadas a la prevención, a la promoción de la salud y a impulsar implementaciones dirigidas hacia una cultura de bienestar, autocuidado y paz social.

Agradecemos profundamente la colaboración técnica del Programa de Cooperación entre América Latina, el Caribe y la Unión Europea en Políticas sobre Drogas (COPOLAD III) y al equipo de Episteme Social. Confiamos en que esta guía será un aliado fundamental para garantizar que, en México, el derecho a la salud mental y a la atención de las adicciones sea una realidad accesible para todas y todos.

Dra. Lucía Amelia Ledesma Torres

Directora General de Políticas de Salud Mental y Adicciones

ÍNDICE

1. Justificación, objetivos y conceptos.....	6
1.1 Justificación de la guía.....	6
1.2 Objetivos de la guía.....	7
1.3 Concepto de adicción y tratamiento basado en la evidencia	7
2. Experiencias internacionales y buenas prácticas.....	9
2.1 Modelos de intervención exitosos	9
2.2 Adaptación al contexto mexicano	22
2.3 Aprendizajes clave	26
3. Abordaje clínico centrado en la persona y basado en la evidencia para el tratamiento del consumo de fentanilo.....	30
3.1 Evaluación y diagnóstico	30
3.2 Tratamiento farmacológico	31
3.3 Intervenciones psicosociales	34
3.4 Manejo de comorbilidades.....	36
3.5 Atención continua y seguimiento	37
4. Abordaje clínico centrado en la persona y basado en la evidencia para el tratamiento del consumo de metanfetamina.....	38
4.1 Evaluación y diagnóstico	38
4.2 Tratamiento farmacológico	40
4.3 Intervenciones psicosociales	41
4.4 Manejo de comorbilidades.....	43
4.5 Atención continua y seguimiento	45
5. Abordaje comunitario de los consumos de fentanilo y metanfetamina	46
5.1 Estrategias de salud mental comunitaria	46
5.2 Vinculación con servicios y redes locales	47
5.3 Programas de acompañamiento comunitario	48
5.4 Prevención en contextos escolares, laborales y familiares	49
6. Herramientas técnicas y operativas	50
6.1 Protocolos clínicos.....	50
6.2 Instrumentos de monitoreo y evaluación.....	52
7. Referencias bibliográficas.....	55

1. Justificación, objetivos y conceptos

■ 1.1 Justificación de la guía

De conformidad con el compromiso número 100 del Segundo Piso de la Cuarta Transformación, “Fortaleceremos la paz y la seguridad con atención a las causas”, y conforme al Eje General 2 “Desarrollo con Bienestar y Humanismo” del Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030, que refiere que toda la población debe tener garantizado el acceso a una vida digna; así como a la Estrategia Nacional de Seguridad del Gobierno de México, la cual se basa en cuatro ejes: Atención a las causas; la Consolidación de la Guardia Nacional; el fortalecimiento de la Inteligencia y la investigación; y la Coordinación, el Gobierno de México impulsa una estrategia nacional de prevención y atención a las adicciones, dirigida a jóvenes, adolescentes y familias de todo el país; así como la puesta en marcha de la estrategia “Por la Paz y Contra las Adicciones”, cuya primera etapa se centró en visibilizar los daños en el abuso del consumo del fentanilo bajo el lema “Aléjate de las Drogas, El Fentanilo te Mata”.

Bajo ese contexto, la presente Guía de Tratamiento se enmarca en la iniciativa de CONASAMA, con la colaboración del Programa COPOLAD, de abastecer a México de los recursos necesarios para afrontar el fenómeno del consumo de metanfetamina y fentanilo que en los últimos años son una realidad en el país. Bajo la misma iniciativa, en el año 2024 se publicaron dos documentos clave para el abordaje profesional y comunitario del consumo de estas sustancias. Estos insumos son la *Guía técnica de trabajo de campo para el abordaje de consumos de metanfetaminas y fentanilo en México* y la *Caja de herramientas para el abordaje de consumo de metanfetaminas y fentanilo en México*.

La Guía Técnica de trabajo de campo es un soporte práctico y de referencia para instituciones sociosanitarias, autoridades, organizaciones comunitarias y personas interesadas en México. Ofrece información actualizada sobre metanfetamina y fentanilo y claves de contexto (lenguaje, políticas y realidades locales) para orientar decisiones. Describe formas de uso y particularidades relevantes para la intervención y propone respuestas de corto y largo alcance desde la perspectiva de la reducción de daños y un enfoque de derechos humanos con perspectiva comunitaria. Ese documento aporta orientaciones operativas para el diseño, implementación y seguimiento de estrategias e intervenciones en campo, señalando barreras habituales y recomendaciones.

La Caja de Herramientas complementa a la Guía Técnica de trabajo de campo y es un recurso práctico para personal sociosanitario que trabaja en México con personas que usan metanfetamina o fentanilo. Este documento propone pautas de actuación de distinto alcance y ofrece tanto material formativo para el personal, como contenido informativo para las personas que usan estas sustancias y sus comunidades. Reúne orientaciones, información e indicaciones para implementar estrategias de acercamiento a las personas y comunidades afectadas por el uso de estas sustancias, involucrando a las personas usuarias y adaptando las intervenciones al contexto y a sus necesidades.

Si la Guía Técnica y la Caja de herramientas se enfocan en el abordaje de los consumos de metanfetamina y fentanilo en México desde el punto de vista del acompañamiento comunitario y de la reducción de riesgos y daños, la Guía de Tratamiento se centra en la cuestión de los tratamientos clínicos y en las intervenciones sociosanitarias existentes para las personas desean dejar de consumir estas sustancias, o bien desean reducir y manejar su consumo. De esta forma, estos tres documentos suponen una revisión holística del uso de metanfetamina y fentanilo en México y de los problemas asociados a estas dos sustancias que en la última década han aumentado drásticamente su presencia en el país.

La Guía de tratamiento supone una ayuda para los y las profesionales sanitarios de todos los niveles de atención, puesto que en ella se recogen las últimas evidencias en la materia de los tratamientos para los trastornos por el uso de estas sustancias. Uno de los valores de esta Guía es la actualización de los enfoques en el campo de los tratamientos de los trastornos por uso de sustancias puesto que tanto el fentanilo, como la metanfetamina, son sustancias que, si bien no son nuevas, sí tienen un recorrido histórico más corto que otras drogas con mayor recorrido histórico y por lo tanto más conocidas por los y las profesionales.

En general, los trastornos por uso de sustancias son realidades multifactoriales que llegan a interpelar a las personas a varios niveles, desde su dimensión sanitaria, a la emocional, a la social o a la económica. En este sentido, los abordajes exitosos de este tipo de trastornos necesariamente deben contemplar todas esas dimensiones y deben hacerlo desde posiciones basadas en la evidencia científica y por encima de todo, respetando los derechos de las personas que se acercan a los centros y dispositivos especializados para cambiar su relación con las sustancias.

La Guía propone un repaso de las propuestas clínicas e investigaciones que mejores resultados están ofreciendo en los países y territorios afectados por el impacto del consumo de metanfetamina y fentanilo y, en consecuencia, han desarrollado estrategias centradas en el manejo de los trastornos asociados a estos consumos. La Guía supone una adaptación de estos modelos a las particularidades del sistema de salud mexicano, integrándolos en la estructura de atención coordinada por CONASAMA y las redes locales de atención a la salud mental. Como veremos, los tratamientos se abordan tanto desde enfoques farmacológicos, como desde las intervenciones y acompañamientos terapéuticos y los abordajes psicosociales y comunitarios.

■ 1.2 Objetivos de la guía

Objetivo general

Ofrecer un marco técnico y clínico basado en la evidencia (*evidence-based*) para los y las profesionales encargados del tratamiento de personas que han desarrollado trastornos por el uso de metanfetamina y fentanilo en México, desde una perspectiva de los derechos humanos.

Los **objetivos específicos** son:

- **Actualizar y difundir el conocimiento clínico** sobre los trastornos por uso de metanfetamina y fentanilo, recogiendo prácticas basadas en evidencia tanto farmacológicas, como psicosociales y psicoterapéuticas.
- **Ofrecer lineamientos clínicos y operativos** para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas usuarias, aplicables en todos los niveles del sistema de salud mexicano y que garanticen la continuidad asistencial.
- **Fortalecer las capacidades del personal sociosanitario** en la implementación de tratamientos individualizados, continuos y culturalmente adaptados y con perspectiva interseccional y de género.
- **Facilitar el diseño e implementación de intervenciones clínicas adaptadas al contexto mexicano**, incorporando aprendizajes internacionales y evidencia científica actualizada.
- **Incorporar herramientas técnicas y protocolos estandarizados** que mejoren la calidad de la atención y permitan el monitoreo y evaluación de las intervenciones.

■ 1.3 Concepto de adicción y tratamiento basado en la evidencia

El concepto de adicción, tradicionalmente asociado al uso compulsivo de sustancias o comportamientos repetitivos que derivan en trastornos (como el juego o las compras compulsivas), ha sido objeto de revisión crítica en los últimos años. El propio DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de la APA (*American Psychiatric Association*), uno de los manuales más referenciados y de mayor influencia en su categorización de los trastornos mentales, señala lo siguiente en su última edición:

«La palabra adicción no se utiliza como término diagnóstico en esta clasificación, aunque sea de uso habitual en muchos países para describir problemas graves relacionados con el consumo compulsivo y habitual de sustancias. Se utiliza la expresión más neutra trastorno por consumo de sustancias para describir el amplio abanico de un trastorno, desde un estado leve a uno grave, de consumo compulsivo y continuamente recidivante. Algunos clínicos preferirán utilizar la palabra adicción para describir las presentaciones más extremas, pero esta palabra se ha omitido de la terminología oficial del diagnóstico de consumo de sustancias del DSM-5 a causa de su definición incierta y su posible connotación negativa.» DSM-V, 2014.

Aunque el término «adicción» es ampliamente utilizado en el lenguaje cotidiano, carece de una definición científica estandarizada que delimite con precisión los comportamientos que se consideran patológicos. Esto ha llevado a que su uso dependa del contexto sociocultural, de criterios subjetivos y de lo que en estos contextos determinados se considera normal y saludable.

«Adicto» ha supuesto durante décadas una etiqueta con la que denominar aquellos comportamientos poco o menos normativos, normalmente en función de estándares morales propios de unos *habitus* determinados. Tomando esta consideración en cuenta y partiendo de una posición científica y basada en la evidencia, desde la comunidad académica se propone usar directamente el término **trastorno por uso de sustancias** para referirse a las manifestaciones clínicas de psicopatología que experimentan algunas personas en su relación con el consumo de sustancias.

En la actualidad el modelo **biopsicosocial** aporta un marco explicativo más amplio donde se asume que los problemas relacionados con el consumo de sustancias, más allá de los factores biológicos o neuroquímicos, están atravesados también por aspectos psicológicos, sociales, culturales y económicos. De esta forma se incluye la diversidad de trayectorias de consumo y la multiplicidad de factores de riesgo y de protección implicados.

Los trastornos por consumo de sustancias se definen en un espectro de severidad (leve, moderado y grave), pero no son una categoría cerrada. De esta forma se evita señalar a las personas afectadas de formas determinantes o absolutas y contribuye a reducir prejuicios sociales, facilita la implementación de intervenciones que promuevan la recuperación, la integración comunitaria y el respeto por los derechos de las personas.

Este cambio de paradigma propone entender el consumo de sustancias como un **continuum** que reconoce la existencia de múltiples patrones de uso y diferentes relaciones entre las personas y las sustancias, que configuran experiencias y realidades diversas que van desde los usos experimentales o instrumentales hasta la dependencia. Esta noción identifica la posibilidad de que las personas transiten a lo largo de este espectro en distintos momentos de su vida, adoptando diferentes formas de relacionarse con las sustancias.

Este enfoque evita visiones dicotómicas, permite intervenciones ajustadas a las necesidades individuales y sostiene que los objetivos terapéuticos pueden ir más allá de la abstinencia, incluyendo metas intermedias como las estrategias de reducción de daños, la disminución de dosis o la sustitución de sustancias. En ese sentido los programas terapéuticos deben ajustarse a las necesidades y realidades de las personas desde una perspectiva de derechos humanos y respetando la agencia y agenda de sus participantes.

Por otra parte, esta forma integral de entender las complejas relaciones de las personas con las sustancias trata de superar los modelos neurobiológicos más cerrados o deterministas aportando una visión que recupera la perspectiva social de los fenómenos relacionados con los usos de drogas, también cuando estos se han convertido en problemáticos y suponen serias dificultades para el desarrollo de las personas.

En consecuencia, la superación de la terminología relacionada con «adicción» también supone el desarrollo de nuevos enfoques de tratamiento orientados al bienestar de las personas afectadas. La incorporación de perspectivas que incluyen la dimensión social en la realidad y en la vivencia de la relación de la persona con la sustancia favorece la integración comunitaria y contextualiza a las personas afectadas en sus marcos de referencia sociales y culturales.

Esto nos lleva a hablar de tratamientos basados en la persona y en la evidencia. Los **tratamientos basados en la evidencia científica** implican el uso de programas contrastados, replicables, evaluados y revisados. Dentro de este tipo de tratamientos se destacan los programas de mantenimiento o sustitución con opioides, los programas comunitarios y de inserción sociolaboral en el marco de la inclusión social, aparte de las intervenciones en el ámbito judicial dentro del paradigma de la justicia restaurativa. Este tipo de programas han demostrado su efectividad en su implementación con mayores tasas de éxito en la recuperación de las personas.

Por su parte, los **tratamientos basados en la persona** son aquellos programas que entienden a la persona holísticamente en todas sus dimensiones y no se centran exclusivamente en su relación, como pacientes de un tratamiento, con las sustancias. Los principios comunes de este tipo de programas son:

- La individualización y flexibilidad de los tratamientos.
- La participación de la persona en el diseño de los programas y planes terapéuticos.
- La incorporación del apoyo social, familiar y comunitario.
- La integración de técnicas psicoterapéuticas, educativas y médicas según las necesidades y demandas de la persona.
- La orientación hacia la recuperación y el empoderamiento, más allá de la abstinencia.
- La evaluación continua de la eficacia y la adaptación de los programas.

Así, los tratamientos basados en la evidencia científica y en la persona se fundamentan en una dimensión amplia de la salud de los pacientes, entendiendo que su bienestar no pasa únicamente por su recuperación individual física y psicológica, sino que también atañe a sus relaciones sociales, familiares y con su entorno. Ello supone a su vez, un enfoque ajustado a la cultura de la persona. Esta forma de entender la salud se ha demostrado, aparte de más humanitaria y acorde a los derechos básicos de las personas, más práctica y eficaz que los tratamientos centrados exclusivamente en la recuperación individual de las personas afectadas.

2. Experiencias internacionales y buenas prácticas

■ 2.1 Modelos de intervención exitosos

La perspectiva biopsicosocial y los modelos de intervención integrales se han ido consolidando a partir de un consenso internacional en torno a estándares comunes de calidad en los tratamientos para los trastornos por uso de sustancias. La OMS y la UNODC establecen las **Normas Internacionales para el Tratamiento de los Trastornos por Consumo de Drogas (2020)**, donde se define que la eficacia de los programas está ligada a su accesibilidad y su voluntariedad y han de estar basados en la evidencia científica y en el respeto a los derechos humanos. Subraya la necesidad de integrar las intervenciones médicas, psicológicas y sociales, y garantizando además la continuidad asistencial y la reintegración comunitaria.

La OMS también diseñó el **mhGAP (Mental Health Gap Action Programme)** para orientar a los sistemas de salud en contextos de recursos limitados. En ese programa se refuerzan estas Normas Internacionales al subrayar la necesidad de tratamientos centrados en la persona, culturalmente adaptados y aplicables en distintos niveles de atención, incluidos los servicios de salud primaria. Estos marcos de referencia internacionales coinciden en que la eficacia terapéutica no se mide únicamente por la reducción o abstinencia en el consumo, sino también por la mejora del bienestar, la calidad de vida y la inclusión social de las personas atendidas.

Alineados con los principios propuestos por la OMS, en Estados Unidos el National Institute on Drug Abuse (NIDA) establece una serie de ejes básicos para los tratamientos eficaces, entre los que destacan la necesidad de atender a múltiples dimensiones de la vida de la persona, la individualización de los planes terapéuticos, la integración de intervenciones médicas, psicológicas y sociales, así como la duración suficiente y la evaluación continua de los programas.

En Europa, la Agencia de la Unión Europea sobre Drogas (EUDA) subraya en sus documentos de buenas prácticas la importancia de articular los tratamientos desde un enfoque biopsicosocial, con intervenciones basadas en la evidencia y centradas en la persona. La EUDA propone revalidar científicamente los programas clínicos a la vez que se incorpora la experiencia y los resultados reportados por los propios pacientes como un indicador clave de eficacia.

En líneas generales, estos organismos internacionales consideran que los sistemas de tratamiento más efectivos son aquellos que integran la dimensión médica, psicológica y social de las personas, a la vez que consideran básico incluir mecanismos de evaluación continua para garantizar la calidad de la atención y la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas.

Partiendo de este enfoque se han ido desarrollando modelos de intervención y tratamiento para las personas que presentan dificultades con su uso de sustancias. Tal y como plantean las líneas generales de los organismos internacionales, todas estas iniciativas se fundamentan en la evidencia científica y ponen a la persona en el centro de la intervención. Si bien mayoritariamente no están diseñadas para las dificultades ocasionadas por el uso de una sustancia en concreto, estos modelos son adaptables a las diferentes realidades de las personas.

De forma resumida presentamos una lista de los modelos de intervención exitosos:

- **Modelos de Planificación Centrada en la Persona (PCP):** donde se reconocen la elección, la competencia, el respeto y la participación comunitaria como logros esenciales.
- **Modelos de recuperación (CHIME, Tidal):** ponen el énfasis en las metas de vida de la persona más que en las dificultades de la persona en su relación con las sustancias.
- **Modelos de recuperación informada por el trauma:** modelos que integran la conciencia del trauma en el tratamiento de las adicciones, promoviendo seguridad, capacidad para la recuperación y empoderamiento.
- **Modelo HERMESS (proyecto triple R):** subraya que las personas son el eje del tratamiento y que la recuperación requiere tiempo, empoderamiento y reintegración social.
- **Modelo Matrix:** programa ambulatorio intensivo y estructurado para el tratamiento de los consumos de estimulantes, que combina intervenciones cognitivas, motivacionales, familiares y comunitarias con eficacia demostrada.
- **Modelo MDFT (Terapia Familiar Multidimensional):** este modelo se centra en la intervención simultánea en varias dimensiones del paciente (individual, familiar, escolar y social) y busca la mejora de la dinámica familiar, la adherencia al tratamiento y la reducción del consumo. El modelo está especialmente indicado para el tratamiento de adolescentes con problemas de consumo de sustancias.
- **Aproximación de Refuerzo Comunitario (CRA):** se trata de un modelo conductual integral que promueve la sustitución del consumo por reforzadores positivos alternativos en la vida cotidiana. Integra componentes de entrenamiento en habilidades, prevención de recaídas y trabajo con la familia, con el objetivo de facilitar la abstinencia y la reinserción social.
- **Tratamientos farmacológicos de sustitución y mantenimiento:** las terapias de mantenimiento con fármacos opioides han resultado eficaces para reducir o eliminar el consumo de otros opioides como la heroína y el fentanilo. En la actualidad se explora la posibilidad de ofrecer tratamientos farmacológicos sustitutivos para los consumos de sustancias estimulantes como la metanfetamina.

A continuación, trataremos con profundidad estos modelos y otras experiencias internacionales relativas a la recuperación holística de las personas que presentan características clínicas relacionadas con su uso de drogas. Será necesario incluir en este repaso algunas experiencias con un marcado signo cultural al explicar los modelos basados en la cosmovisión de los pueblos ancestrales que, siguiendo modelos de su medicina tradicional, ponen el acento en la reconexión con los valores culturales y cosmogónicos de las personas como parte ineludible de su recuperación y en otros tratamientos donde se usan las plantas y sustancias de los pueblos tradicionales adaptándolas a contextos clínicos.

Modelo de Planificación Centrada en la Persona (PCP)

El modelo de Planificación Centrada en la Persona (PCP) está inspirado en los movimientos por la defensa de los derechos de las personas con disfunciones intelectuales y con problemas de salud mental. Este modelo se incorpora en los servicios de atención y tratamiento para personas con trastornos relacionados con su uso de drogas a partir de los años noventa, en paralelo con la consolidación del paradigma biopsicosocial en salud.

Según este modelo, los tratamientos deben diseñarse reconociendo la capacidad de decisión, el derecho a participar y la autonomía de las personas, es decir, la agencia de los afectados para gestionar sus problemas, definir sus objetivos y sus itinerarios terapéuticos. Así la elección, la competencia, el respeto y la participación de la comunidad son ejes fundamentales en este modelo, cuyo objetivo es evitar definir al paciente, a las personas, según un diagnóstico o según su relación con las sustancias, sino reconociendo su complejidad vital.

El modelo PCP propone la elaboración junto al paciente de planes flexibles, revisables e individualizados y los objetivos terapéuticos van más allá de la abstinencia. En ese sentido, el papel de los profesionales es acompañar en el itinerario de sus pacientes hacia sus metas, que bien pueden ser su estabilización social y familiar, su mejor manejo del consumo mediante estrategias de reducción de daños o la abstinencia, encaminándose siempre hacia su bienestar. Bajo este modelo se incide en el protagonismo y responsabilidad de la persona.

La evidencia que soporta este modelo muestra que estas intervenciones mejoran la adherencia al tratamiento, reducen el estigma percibido y aumentan de forma significativa la satisfacción de los pacientes. Además, la incorporación comunitaria, familiar y de pares ayuda a consolidar cambios a largo plazo. Este tipo de intervenciones son de carácter tanto ambulatorio, como residencial.

Autores como Molina (2022) apuntan que el éxito de los centros que implementan modelos PCP no radica únicamente en las técnicas empleadas, sino en su capacidad para generar un entorno donde cada persona es reconocida y acompañada en la construcción de un proyecto de vida digno y con sentido. Sin embargo, desde un punto de vista más crítico se puede argumentar que el modelo que ofrecen este tipo de centros supone una estructuración de la convivencia, a menudo estancias muy largas y contextos culturalmente situados, que limitan la transferencia del modelo a otros contextos.

Modelos de Recuperación

Este tipo de modelos surgen como alternativa a las limitaciones de los tratamientos basados exclusivamente en la abstinencia o en el control biomédico de la dependencia. Entienden la recuperación como un proceso tanto personal como social, más que como un estado clínico determinado por la abstinencia de consumo. Desde la primera década de este siglo, en el ámbito anglosajón se empieza a hablar de *recovery-oriented systems of care*. Estos marcos conceptuales colocan la experiencia subjetiva de las personas en tratamiento como elemento fundamental del proceso de recuperación.

El siguiente cuadro ejemplifica los componentes esenciales de un proceso de recuperación:

Componentes de la recuperación



Elaboración propia desde: Essential elements of recovery-oriented rehabilitation and social reintegration (UNODC, 2008).

A partir de la revisión sistemática de este enfoque, varios autores formulan el marco del modelo CHIME (Leamy *et al.* 2011) que se va consolidando en el ámbito de la salud mental en general y de los trastornos por uso de sustancias en particular. El acrónimo CHIME sintetiza los procesos fundamentales para la recuperación personal en cinco dimensiones:

- **Conexión** (Connection): el vínculo con pares, familias, profesionales y comunidad.
- **Esperanza** (Hope): la construcción de una expectativa positiva sobre el futuro y la posibilidad real de cambio.
- **Identidad** (Identity): la recuperación de una autoimagen no reducida al rol de “adicto” ni al diagnóstico.
- **Significado** (Meaning): el hallazgo de sentido en la vida más allá del consumo, en actividades, relaciones o proyectos.
- **Empoderamiento** (Empowerment): el desarrollo de la capacidad de decisión y control sobre la propia vida.

Según el modelo CHIME, la recuperación de los pacientes implica incidir en estas dimensiones desde procesos individualizados y flexibles y no se limita a la estabilización clínica y a la abstinencia. El itinerario terapéutico pasa por programas basados en la participación activa de las personas afectadas, la integración con la comunidad y el diseño y construcción de proyectos vitales propios y coherentes con las aspiraciones y valores de cada persona.

Los programas basados en el modelo CHIME muestran evidencias asociadas a mayor adherencia de los pacientes a los programas, a la disminución en su percepción de autoestigma y una mejoría en su autoestima y calidad de vida. Estos resultados inducen a pensar que el modelo CHIME es efectivo en su orientación hacia objetivos de bienestar y parámetros de salud más amplios. En ese sentido, este modelo es aplicable y orientativo en programas clínicos y comunitarios.

Otros modelos de recuperación son los llamados modelos Tidal, o modelo de mareas. El modelo Tidal fue desarrollado por Phil Barker en los años noventa desde la enfermería psiquiátrica y contando con la vivencia de los pacientes. Este enfoque entiende la recuperación como un continuum, en el que la marea representa la transformación vital y la capacidad de adaptación. También sustenta la recuperación en la subjetividad y la experiencia vivida de las personas afectadas y centralizan la sabiduría personal, el ingenio y la voz de los pacientes. Este modelo ha sido evaluado e implementado en diversos países (Barker y Buchanan-Barker, 2005).

En Europa y Estados Unidos los modelos de recuperación son, en gran medida, los hegemónicos y son defendidos por las principales agencias e instituciones. En ese sentido, muchos centros comunitarios y terapéuticos han ido incorporando principios afines al modelo de recuperación personal, especialmente en contextos donde se prioriza la reinserción social y la construcción de proyectos de vida. Entre estos, podemos señalar la experiencia de [San Patrig-nano](#) en Italia, [Proyecto Hombre](#) en España y de [Daytop Village](#) en Estados Unidos.

Estos centros se adhieren a los lineamientos de los modelos de recuperación (*Recovery*) de la persona aplicando componentes de conexión, empoderamiento y construcción de sentido vital. Más allá de la meta de la abstinencia, la aplicación práctica de los principios de los modelos de recuperación busca transformar la vida de las personas más allá del cese del consumo para alcanzar el bienestar integral, la inclusión social y la recuperación de la dignidad.

Recovery

- El término *recovery* ha tenido un recorrido diverso. Surge en los años 80 y 90 en Estados Unidos desde movimientos de autoayuda y de pares. A partir del 2000 SAMHSA adopta la definición al describirlo como un proceso de cambio a través del cual los individuos mejoran su salud y bienestar y alcanzan su autonomía y su máximo potencial (SAMHSA, 2012). En Reino Unido, la misma noción se integra en el marco de las políticas públicas, donde se destaca la importancia del capital de recuperación y la centralidad de la reintegración social, comunitaria y laboral (Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E., 2017). En Latinoamérica se trabaja el concepto desde iniciativas como el Currículo Universal de Recuperación (ISSUP, CICAD) que se enfocan en los contextos marcados por la desigualdad estructural, la violencia y la exclusión. En la experiencia latinoamericana *Recovery* va más allá de la abstinencia y la reducción de riesgos y se dirige a la construcción de proyectos de vida dignos en clave de restitución de derechos e integración comunitaria.

Modelo recuperación informada por el trauma

El enfoque de recuperación informada por el trauma se enlaza con los modelos de recuperación en su abordaje holístico, tanto individual como social, del tratamiento de las personas considerando toda su complejidad. Este modelo surge como una filosofía que reconoce la alta prevalencia de experiencias traumáticas en las personas con trastornos por uso de sustancias y problemas de salud mental, y parte de la premisa de que dichos traumas y los trastornos de salud mental están imbricados de forma que deben tratarse de forma integrada como parte de la recuperación.

Bajo este enfoque, el papel de las Experiencias Adversas en la Infancia (EAI) cobra especial relevancia. Las evidencias confirman una asociación relevante entre las EAI y el desarrollo de enfermedades crónicas en la adultez, problemas de salud mental y trastornos por uso de sustancias. En ese sentido, la recuperación informada por el trauma también reconoce las cicatrices de estos eventos adversos en la infancia y propone servicios sensibles a estas trayectorias vitales (SAMHSA, 2014)

En la recuperación informada por el trauma se valida como parte fundamental del proceso, la experiencia personal, la capacidad de resiliencia y el fortalecimiento de la autonomía de los pacientes, haciendo hincapié en el papel central de la persona en la definición de sus objetivos terapéuticos y vitales. Al añadir el concepto de trauma se reconoce que es inevitable considerar el papel de las experiencias traumáticas para evitar los tratamientos inadecuados y los diagnósticos incorrectos. Por lo tanto, este marco supone la asunción explícita del impacto del trauma en el proceso de recuperación de los malestares y trastornos.

Este enfoque se vincula con el desarrollo de los entornos psicológicamente informados (PIE, *Psychologically Informed Environments*), servicios diseñados con una orientación hacia la sensibilidad por la vida emocional y relacional de las personas, tanto como con los modelos de cuidado informado por el trauma (TIC, *Trauma-Informed Care*), aquellos principios que aseguran que los programas se desarrollen desde la seguridad, el respeto y la resiliencia. Ambos enfoques comprenden la recuperación como un proceso que trasciende el tratamiento clínico e integra la dimensión comunitaria, social y familiar, articulando las intervenciones clínicas con las sociales y comunitarias.

El modelo de recuperación informada del trauma es aplicado en todos los aspectos de la atención, desde la evaluación clínica y el proceso terapéutico, el acompañamiento en crisis y recaídas, la coordinación con el resto de los recursos relacionados con la vivienda, el empleo o la asistencia social o el fortalecimiento de las redes comunitarias y familiares. El punto central de este enfoque es la recuperación integral de la persona abordando de forma holística sus necesidades.

Este cuadro muestra los principios de los entornos PIE y los enfoques TIC:

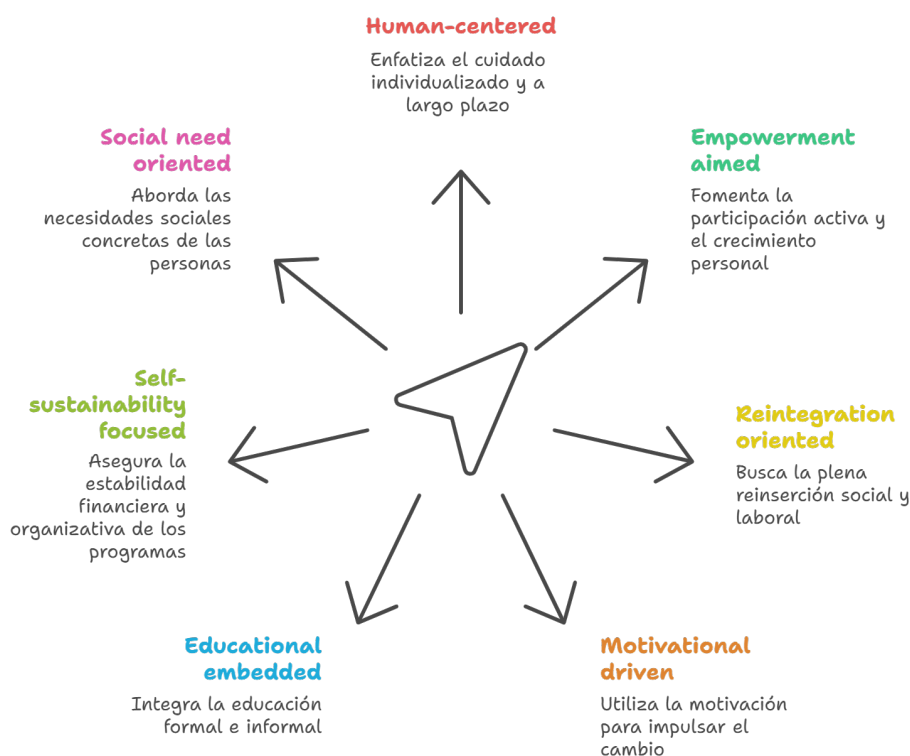
Entornos PIE (<i>Psychologically Informed Environments</i>)	Enfoques TIC (<i>Trauma informed care</i>)
• Reconocimiento del trauma y la exclusión social. • Seguridad física y emocional en los servicios. • Calidad de las relaciones terapéuticas. • Reflexión continua de los equipos profesionales. • Promoción de proyectos vitales significativos e integración comunitaria.	• Seguridad. • Confianza y transparencia. • Apoyo de pares. • Colaboración y mutualidad. • Empoderamiento, voz y elección. • Sensibilidad cultural, histórica y de género.

Elaboración propia. Fuentes: SAMHSA (2020), Cockersell (2018).

Modelo HERMESS (proyecto Triple R)

El proyecto **Triple R** (*Rehabilitation for Recovery and Reinsertation*), una iniciativa financiada en el año 2016 por la Unión Europea y que involucró a comunidades terapéuticas italianas (San Patrignano, [CeIS](#)), de España ([Dianova](#)) y Suecia ([Basta](#)) entre otras, con el objetivo de recoger y sistematizar las buenas prácticas en el ámbito de la rehabilitación y la recuperación de personas afectadas por trastornos por uso de drogas (European Commission, 2016). El resultado de ese trabajo fue el modelo HERMESS, que surgió como un modelo de referencia en el campo del tratamiento de los trastornos por consumo de sustancias.

A partir del intercambio de conocimientos y experiencias de los profesionales de los centros participantes, se estableció el acrónimo **HERMESS** como resumen de los siete principios centrales que sirven de guía para la atención integral en el tratamiento de las personas con trastornos por uso de sustancias:



Esquema síntesis del modelo HERMESS. Elaboración propia.

H (Human-centered)	La persona como centro del proceso y no la sustancia. Los itinerarios de recuperación deben ser individualizados y de largo plazo. Acompañamiento sostenido para cambios profundos.
E (Empowerment aimed)	La persona ha de ser agente activa de su proceso. Trabajar la autoestima, las habilidades y competencias en su recuperación.
R (Reintegration oriented)	El proceso terapéutico busca la plena reinserción social, familiar y laboral, más allá de los aspectos individuales del paciente.
M (Motivational driven)	La motivación como motor del cambio durante todo el proceso terapéutico.
E (Educational embedded)	Papel central de la educación formal e informal en los programas. Desde la formación académica básica hasta la capacitación profesional, como parte inseparable del proceso de recuperación.
S (Self-sustainability focused)	Asegurar la sostenibilidad de los programas, tanto en términos financieros como organizativos, de manera que puedan ofrecer tratamientos estables y de larga duración.
S (Social need oriented)	Programas orientados a otras necesidades sociales como el sinhogarismo o el envejecimiento en precariedad económica.

Elaboración propia a partir de European Commission. (2017). Manual on rehabilitation and recovery of drug users.

El modelo HERMESS se entiende como una síntesis de elementos de los modelos de intervención centrados en la persona (PCP) y las perspectivas de los modelos de recuperación e inserción social, incluyendo aspectos más allá de lo clínico como la perspectiva de las intervenciones en el ámbito de la justicia, promoviendo un marco holístico del tratamiento de las personas afectadas. Al estar basado en experiencias de centros e instituciones que se han mantenido en activo por años, este modelo propone una guía operativa de intervenciones que se fueron perfilando con el tiempo buscando la mayor efectividad.

Este modelo no constituye un paradigma aislado, sino que se presenta como una síntesis estratégica que integra elementos de los modelos de intervención centrados en la persona, los enfoques de recuperación y la reinserción social, ofreciendo una herramienta operativa para guiar programas clínicos y comunitarios en Europa.

En el ámbito de habla inglesa, principalmente Estados Unidos e Inglaterra, el enfoque de la recuperación desde un paradigma biopsicosocial son conocidos como programas *Life and Recovery* o *Recovery-Oriented Systems of Care*

(ROSC). Desde estas aproximaciones se entiende la recuperación como un proceso vital continuo, que va más allá del tratamiento clínico y abarca la vivienda, el empleo, la educación, la salud física y el fortalecimiento de los lazos comunitarios y familiares.

De esta forma, los modelos ROSC son estructuras de servicios imbricados con las políticas públicas que persiguen garantizar los cuidados y la integración comunitaria de las personas con trastornos por uso de sustancias. En ese sentido, el paradigma va más allá que los modelos PCP o CHIME, puesto que implican más variedad de servicios aparte de los propiamente clínicos.

Modelo Matrix

Este modelo se desarrolla en los años ochenta y noventa del siglo pasado en Estados Unidos para abordar el aumento de los problemas asociados al uso de estimulantes, especialmente la cocaína fumada en base, tipo crack. Es un enfoque terapéutico ambulatorio diseñado específicamente en el tratamiento de los trastornos por uso de cocaína y metanfetamina y cuenta con el respaldo de amplia evidencia.

La eficacia de este modelo se ha demostrado en diversos estudios, el más destacado y de mayor alcance fue el *Methamphetamine Treatment Project* (MTP) de cinco años de duración y que fue publicado en el 2004. Este estudio mostró que el modelo Matrix se asociaba con tasas de abstinencia y de adherencia al tratamiento superiores a los tratamientos tradicionales. El modelo Matrix también tiene una clara perspectiva biopsicosocial y se centra tanto en los aspectos individuales, como en la integración comunitaria.

Este enfoque presenta un programa de 16 semanas de duración aproximadamente, donde se integran estrategias tales como la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual, el manejo de contingencias, la psicoeducación, el entrenamiento de habilidades sociales y la terapia familiar. La eficacia de estas estrategias ha sido demostrada en el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de estimulantes que buscan el desarrollo de competencias de afrontamiento, la motivación para el cambio y la adherencia de los pacientes a estos procesos. Además, se promueven los grupos de ayuda mutua y los aspectos comunitarios.

El modelo Matrix se diferencia de otros enfoques más globales de recuperación como el CHIME, el PCP o el HERMESS, en el sentido de tener una clara estructuración y constituir una herramienta clínica específica e integral compuesta de múltiples estrategias y enmarcada en unos tiempos determinados. Este modelo tiene la ventaja de estar sistematizado en manuales estructurados que permiten su replicación y estandarización y ofrecen un itinerario claro donde se combina el componente clínico y la educación psicosocial incluyendo la participación de las familias en el proceso de recuperación.

Modelo MDFT (Terapia Familiar Multidimensional)

El Modelo de Terapia Familiar Multidimensional o *MultiDimensional Family Therapy* (MDFT) es un enfoque clínico estandarizado que se desarrolló en los Estados Unidos a partir de los años ochenta. Se desarrolló como un tratamiento para adolescentes con trastornos asociados al consumo de sustancias y con dificultades conductuales. El MDFT, como el modelo Matrix, también es un programa estructurado y validado que interviene en las diferentes dimensiones de la vida de los pacientes. A pesar de que el modelo está pensado para adolescentes, se concibe su adaptación a otros grupos poblacionales.

Los ámbitos donde interviene el modelo se interrelacionan en un tratamiento integral de recuperación. Estos ámbitos son el individual, fortaleciendo las habilidades personales, la motivación para el cambio y el manejo del consumo, el familiar, donde se trabajan las habilidades de comunicación y de resolución de conflictos y se trabajan los roles parentales, el ámbito escolar o laboral, apoyando y promoviendo las trayectorias académicas y laborales según los proyectos vitales de los pacientes y el ámbito comunitario y social, promoviendo las redes de apoyo.

Este modelo muestra una alta efectividad en la adherencia a los tratamientos y la reducción de conductas de riesgo o problemáticas entre adolescentes, refrendada por la evidencia recogida en ensayos clínicos tanto en Estados Unidos, como en Europa, estas evidencias demuestran que este modelo, al integrar a las familias en los procesos clínicos y terapéuticos tiene mejores resultados que las terapias individuales con los pacientes. El MDFT, aparte de suponer un modelo teórico, aporta una dimensión práctica y una estructura y protocolos replicables.

El MDFT está especialmente concebido para adolescentes, grupo especialmente vulnerable a las conductas de riesgo en su relación con el uso de sustancias. Aunque en sus inicios se desarrolló como un modelo para programas orientados al tratamiento de adolescentes con trastornos por uso de cannabis y otras sustancias, en la actualidad se usa para el tratamiento de problemáticas relacionadas con el uso de todo tipo de sustancias adoptando medidas específicas según la tipología de sustancias.

De este modo, en el plano individual, el MDFT aborda los efectos neuropsicológicos y conductuales relacionados con el uso de estimulantes, orientando a los pacientes en su regulación emocional, el manejo de contingencias y en la motivación para el cambio. A nivel familiar se trabaja la desestructuración de estos núcleos y el efecto de las comorbilidades que puedan presentarse en su seno, sobre todo en contextos de vulnerabilidad.

En los ámbitos escolares y laborales se trabaja el abandono escolar o la reincorporación a los itinerarios vitales y proyectos de los pacientes y a nivel comunitario se promueve el vínculo con los servicios sanitarios, sociales o de justicia. El modelo asume la diferencia existente entre los diferentes contextos y tipologías de sustancias para adaptarse a las diferentes realidades, siempre manteniendo programas que integren estas dimensiones.

Aproximación de Refuerzo Comunitario (CRA)

El modelo CRA (*Community Reinforcement Approach*), también conocido como modelo Azrin, por ser uno de sus creadores, es un enfoque terapéutico conductual que surgió en los años setenta del pasado siglo como tratamiento para el alcoholismo. Posteriormente se adoptó para el abordaje de los trastornos relacionados con otras sustancias, como los estimulantes y los opioides. Este modelo se complementa con los paradigmas de recuperación (PCP, CHIME) y es análogo a los modelos Matrix o MDFT en el sentido que propone programas clínicos estandarizados, avalados por la evidencia y validados por las principales agencias europeas y estadounidenses.

Estos programas se basan en los principios del condicionamiento operante, partiendo de la premisa de que las conductas de consumo compulsivas y problemáticas se perpetúan en función de los refuerzos inmediatos que proporcionan a las personas que los llevan a cabo. A partir de esta idea, la propuesta del modelo es sustituir ese refuerzo relacionado con los consumos por alternativas positivas y funcionales en la vida cotidiana de los pacientes, en programas integrales y flexibles, tanto con una perspectiva ambulatoria como comunitaria. La meta es que estas alternativas acaben siendo más deseables que el uso de drogas, hasta extinguir las conductas problemáticas relacionadas con el consumo.

Las estrategias usadas por este modelo integran el trabajo individual con el paciente en su entrenamiento en habilidades sociales y de afrontamiento, el manejo de contingencias e incentivos junto con el manejo y prevención de recaídas. Paralelamente se trabajan la dimensión social de los pacientes, en terapias familiares o de pareja, y la dimensión comunitaria en la facilitación de actividades de ocio o de empleo, como alternativas al consumo de sustancias. La variante **CRAFT** (*Community Reinforcement and Family Training*) del modelo incorpora de una forma activa la participación de las familias de los pacientes en sus procesos.

Tratamientos farmacológicos de sustitución/ mantenimiento

Tratamientos OAT/OST para los trastornos por consumo de opioides

Los tratamientos farmacológicos de sustitución, mantenimiento o agonistas para opioides son recomendados consistentemente por los estándares internacionales. Estas terapias con sustancias tales como metadona, buprenorfina, naloxona o naltrexona, se integran en planes centrados en la persona y se combinan con intervenciones psicosociales.

Para su mejor definición, es útil clarificar la nomenclatura para este tipo de tratamientos: en Europa y Latinoamérica se usa desde los años ochenta el término de 'tratamiento de *sustitución* con opioides' poniendo el énfasis en

la sustitución de una sustancia ilegal por una legal y controlada con la intención de estabilizar la vida del paciente y reducir riesgos. En la actualidad se argumenta que la palabra sustitución tiene una carga histórica asociada al estigma de consumir drogas.

En Estados Unidos y en el ámbito de la NIDA se usa de forma común 'tratamientos de *mantenimiento* con opioides', focalizando en garantizar una terapia prolongada y estable, comparable a los tratamientos crónicos de otras enfermedades para conseguir la estabilidad clínica y social de los pacientes.

En la actualidad la terminología recomendada por la OMS y la UNODC para referirse a las terapias farmacológicas de sustitución/mantenimiento con opioides se recoge en dos siglas usadas indistintamente: OST (*Opioid Substitution Treatment*) y OAT (*Opioid Agonist Therapy*). OAT se considera más neutro y clínico y enfatiza la noción de tratamiento médico con agonistas opioides, vinculándolo al terreno sanitario y reduciendo así el estigma. (WHO, UNODC, 2020).

En Europa, la EUDA avala las terapias OST/OAT con metadona, buprenorfina o buprenorfina con naloxona en presentaciones como Subutex® según múltiples revisiones sistemáticas. Se evidencia que estas terapias reducen el riesgo de muerte por sobredosis y mejoran la adherencia a tratamientos holísticos, las revisiones europeas subrayan la ligera superioridad de metadona frente a buprenorfina en el éxito de los tratamientos, como veremos en el punto 3.2. Por su parte, la NIDA a través de sus revisiones, enfatiza la estabilización clínica de los pacientes en este tipo de tratamientos.

Otro punto de máxima actualidad es la inclusión de la heroína de grado farmacéutico (diacetilmorfina o diamorfina) como parte de la oferta de tratamientos OST, en los casos con menos respuestas positivas a los tratamientos clásicos con metadona, buprenorfina o a la combinación de buprenorfina con naloxona. Estos tratamientos con heroína se emplean en diversos países europeos. Las revisiones científicas de estos programas arrojan tasas de éxito tanto en la adherencia a los tratamientos como en la reducción de la criminalidad en ese tipo de pacientes.

Programas *take-home*

- Los estándares internacionales señalan que los programas OAT/OST deben ser acompañados por medidas complementarias que mejoren la adherencia a los tratamientos y refuercen la seguridad de los pacientes. Ello supone la inclusión de programas tanto de dosis supervisadas como programas *take-home* de metadona o buprenorfina. Paralelamente la disponibilidad universal de naloxona destaca como una iniciativa clave para revertir sobredosis. Los programas *take-home naloxone*, permiten a los propios consumidores, sus familias y comunidades acceder y administrar naloxona en entornos no clínicos. Esta iniciativa se ha demostrado ser eficaz en la reducción de muertes por sobredosis al considerar la naloxona una herramienta comunitaria para salvar vidas. (WHO, 2014)

World Health Organization. (2014). Community management of opioid overdose. Geneva: World Health Organization.

Tratamientos farmacológicos para los trastornos por consumo de metanfetamina

En la actualidad no se está dispensando ningún fármaco para el tratamiento de los trastornos por consumo de metanfetamina, más allá del abordaje con antipsicóticos en las crisis y en el manejo de las comorbilidades psiquiátricas asociadas al consumo de estimulantes, excepto algunas experiencias minoritarias en Chequia, Suiza, Suecia e Inglaterra. Las guías internacionales recogen que la base para este tipo de tratamientos son las intervenciones psicosociales.

Para los casos de intoxicación aguda y psicosis inducida por estimulantes, más común en los consumos de metanfetamina que en otros estimulantes, tanto la OMS, como la EUDA, recomiendan el tratamiento sintomático con benzodiacepinas y antipsicóticos (principalmente los de segunda generación como olanzapina, quetiapina, etc.) reevaluando de forma frecuente la continuidad de estos tratamientos más allá de la fase aguda.

En los casos de psicosis recurrente o persistente asociada al uso intensivo de metanfetamina, la guía clínica para el manejo de trastornos por uso de estimulantes de ASAM/AAAP (2023) indica que el tratamiento antipsicótico está indicado para tratar los síntomas residuales de forma paralela a las estrategias de prevención de recaídas. En estos casos la monitorización del tratamiento antipsicótico también ha de incluir reevaluaciones periódicas y frecuentes.

Sin embargo, tanto la EUDA, como la NIDA o los estándares de la UNODC recogen las investigaciones más prometedoras en la línea farmacológica para el tratamiento de sustitución de estos trastornos o como opciones específicas que revierten los síntomas de craving por consumo de metanfetamina. En la actualidad existen dos líneas de trabajo: las basadas en antidepresivos y las basadas en psicoestimulantes.

Con base de antidepresivos, el ensayo ADAPT-2, concluyó que existían beneficios modestos en los tratamientos con bupropión y naltrexona de liberación prolongada en entornos clínicos y controlados y junto a terapias de tipo psicosocial. En la misma línea los ensayos con topiramato y mirtazapina, también en entornos controlados, arrojaron resultados moderados.

En cuanto a la línea de tratamiento para los trastornos relacionados con el uso de metanfetamina basados en psicoestimulantes los principales fármacos estudiados son la Lisdexanfetamina (LDX) o el Metilfenidato. En Suecia se ha investigado más la efectividad de la Lisdexanfetamina y de forma preliminar ha demostrado tener beneficios como terapia de apoyo para reducir el craving y mejorar la funcionalidad de las personas con trastornos por consumo crónico de metanfetamina, así como para los procesos de retirada y abstinencia de consumo de metanfetamina.

Comparativa de los modelos

Modelo	Origen	Población objetivo	Enfoque central	Evidencia y respaldo	Aspectos clave
PCP	Movimientos de derechos y salud mental (80-90)	Personas con TUS en general	Autonomía, elección, respeto, participación comunitaria	Avalado por OMS/UNODC	Agencia de la persona
Recocery Models	UK. Años 2000	Adultos y jóvenes en recuperación	Conexión, esperanza, identidad, significado, empoderamiento	Revisiones académicas sistemáticas	Metas de vida más allá de la abstinencia
HERMESS/ Triple R	Europa. Década 2010	Personas en programas residenciales y comunitarios	<i>Human-centered, Empowerment, Reintegration, Motivational, Educational, Self sustainability, Social needs</i>	Adoptado en programas europeos	Reintegración social y sostenibilidad
CRA	EEUU. Años 70	Adultos y adolescentes con TUS	Sustituir consumo por reforzadores positivos	Validado por NIDA y EUDA	Enfoque conductual integral
Matrix	EEUU. Años 90	Principalmente personas con TUS por estimulantes	Intervenciones estructuradas ambulatorias	Evidencia sólida en ensayos multicéntricos	Modelo intensivo ambulatorio
MDFT	EEUU. Años 80-90	Adultos y adolescentes con TUS	Intervención en dimensiones individual, familiar, escolar y comunitaria	Altos niveles de evidencia clínica y revisión académica	Fortalece entorno familiar
OST/OAT	Programas de salud pública desde 1960	Personas con TUS por opioides	Sustitución y/o mantenimiento con agonistas opioides	Considerado tratamiento de primera línea	Reducción de riesgos

Los ensayos con metilfenidato han sido más frecuentes en la República Checa. El país centroeuropeo tiene décadas de experiencia con el fenómeno del consumo, y con los trastornos, por uso de metanfetamina. En ese contexto se han puesto en marcha experiencias clínicas documentadas, donde se usaba metilfenidato de forma *off-label* como parte de programas de sustitución farmacológica, destinadas a la reducción del consumo ilícito y la estabilización social de los pacientes (Minarik, 2020).

En conclusión, hoy en día las agencias internacionales y las respectivas guías señalan que no hay fármacos con evidencia rotunda y, por tanto, aprobados para el tratamiento para los trastornos por consumo de metanfetamina. Las intervenciones que sí han dado resultado son las psicosociales, con énfasis en el manejo de contingencias. La farmacoterapia, hasta el momento se usa de forma *off-label*, estudiando caso a caso y de forma adyuvante (WHO, 2023).

Para el correcto desarrollo de estos modelos es indispensable definir los perfiles profesionales mínimos que asumirán los respectivos roles. Es necesaria la participación de profesionales del ámbito de la psicología, del ámbito de la psiquiatría y del ámbito de la educación o del trabajo social, así como contar con profesionales de la medicina para el abordaje de los malestares y patologías físicas que puedan concurrir en los casos en los que se interviene. En todos estos casos es óptimo establecer programas de certificación específicos en derechos humanos, atención al trauma, género y reducción de daños para la capacitación de todos los profesionales.

Otras alternativas terapéuticas

Por último, con el ánimo de recopilar la mayor variedad de experiencias efectivas en el ámbito de los tratamientos para los trastornos por consumo de sustancias, haremos un repaso de terapias que incluyen el uso de sustancias psicodélicas en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. En ese sentido, desde principios del siglo XXI viene recuperándose el uso de diferentes fármacos y principios psicoactivos en contextos clínicos para el tratamiento de diversas aficciones relacionadas con la salud mental.

Muchas de estas investigaciones recogen el testigo de otras que demostraron efectividad en la década del sesenta del siglo pasado y que se interrumpieron en el momento que las sustancias psicoactivas con las que trabajaban fueron incluidas en la lista más restrictiva (Lista I) según los estándares internacionales. Hablamos del trabajo con sustancias tales como ibogaína, DMT o psilocibina, MDMA o la LSD entre otros compuestos provenientes de plantas o sintéticos.

En la actualidad países como Australia o Canadá han regulado el uso de algunas de estas sustancias en contextos clínicos. Otros países, como Perú o Colombia, admiten el uso de plantas psicoactivas en contextos de medicinas tradicionales para el tratamiento de diferentes trastornos, incluidos los trastornos por uso de sustancias. Sin embargo, estas terapias todavía no cuentan con unos marcos regulatorios claros o una estandarización en los protocolos y se sigue investigando en numerosos clínicos en iniciativas llevadas a cabo en contextos académicos en todo el mundo.

Psicodélicos y tratamiento

- Diversos autores e instituciones (ICEERS, MAPS) trabajan en estudios con las sustancias psicodélicas para tratar afecciones de diversos trastornos. Algunos trabajos como el de Antón Gómez Escolar (2022) o Sharma, R., Batchelor, R., & Sin, J. (2023), repasan de forma sistemática los fundamentos del enfoque del tratamiento con estas sustancias. Actualmente los estudios con resultados más prometedores para el tratamiento de trastornos por uso de sustancias se centran en el uso de la ayahuasca (Bouso, 2014) y de la ibogaína (Brown, T. K., & Alper, K. 2017).

■ 2.2 Adaptación al contexto mexicano

En México, como en otros países del entorno, los fenómenos asociados con el consumo de drogas se han ido transformando en consonancia con las tendencias globales que incluyen la expansión de sustancias antes desconocidas fuera de determinados contextos o regiones. La emergencia de algunas de estas tendencias, como es el caso del uso de la metanfetamina o el fentanilo, representan un desafío para las instituciones encargadas de ofrecer respuestas al impacto que llega a comportar el uso de estas sustancias en la salud pública y, por lo tanto, en los sistemas sanitarios y sociales.

Estas nuevas dinámicas de consumo requieren abordajes basados en la evidencia como los ya descritos en el punto 2.1 que puedan materializarse en estrategias y programas de aplicación práctica en consonancia con la organización del sistema de salud mexicano, según sus capacidades técnicas y la realidad social del país. Es decir, el sistema de salud mexicano debe amoldarse a las nuevas realidades relacionadas con la llegada y expansión de tendencias de uso de drogas y para ello deberá adaptar sus capacidades para brindar de la forma más eficiente posible, según estándares internacionales, una respuesta a estos nuevos desafíos.

Los retos asociados al uso de opioides sintéticos de alta potencia se ven agravados por una capacidad de respuesta local limitada en la prevención de sobredosis. Como se señala en Bejerano Romero et al., (2023), la ausencia de una estrategia centralizada de prevención supone un vacío estructural que complica la implementación de políticas públicas en esta materia de forma efectiva. Este hecho viene a justificar la necesidad de dotar a los equipos profesionales de herramientas basadas en la evidencia y en los derechos de las personas, en los distintos niveles de atención.

- Varios de los modelos apuntados como buenas prácticas, como CRA o MDFT, ya están incorporados en los Estándares Nacionales de Tratamiento para Personas que Consumen Sustancias Psicoactivas de la CONASAMA (2025). Esto confirma su pertinencia al contexto mexicano y señala el lineamiento de la red de servicios mexicanos según los modelos de atención y tratamiento indicados por las directrices internacionales.

La Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA) como instancia rectora asume y coordina las respuestas ante los retos a los que se enfrenta la salud pública en estos nuevos escenarios de uso de drogas, especialmente en los casos del fentanilo y la metanfetamina. Ello supone diseñar e implementar programas y servicios de prevención y tratamiento adaptados y articulados según estándares internacionales en consonancia con las necesidades de los ciudadanos afectados y del organigrama, características y funciones de la red mexicana de servicios.

La estructura de CONASAMA y su red de servicios está organizada según distintos niveles de intervención. Los enfoques de las buenas prácticas ofrecidos en esta guía han de adaptarse según el marco de actuación y las características de cada uno de esos niveles definidos por la evaluación multidimensional que propone la ASAM (2023), en unos escenarios determinados: hospitales, programas de hospitalización parcial, centros ambulatorios y centros de tratamiento residencial. Cada escenario debe integrar diferentes niveles y tipos de atención según las necesidades del paciente (CONASAMA, 2025).

En un primer nivel, los servicios Centros de Integración Juvenil A.C.(CIJ) y CECOSAMA actúan como punto de acceso a la red de servicios del sistema en el ámbito comunitario, ofreciendo una detección temprana, intervenciones breves, tratamiento ambulatorio y centro de derivación según necesidad del paciente. Estos servicios están en disposición de ofrecer desde un enfoque comunitario e intercultural, actividades psicoeducativas, participación familiar y acompañamiento en procesos terapéuticos.

La accesibilidad a este nivel de servicios junto con su implantación territorial y comunitaria facilita la aplicabilidad de los modelos basados en la Planificación Centrada en la Persona y en los modelos de Recuperación, tipo CHIME o HERMESS. Estos servicios de atención directa, donde los pacientes pueden acudir de forma voluntaria son claves para el diseño de planes individualizados basados en la participación de la persona. En ese sentido, es el paciente quien puede definir sus objetivos terapéuticos en función de sus necesidades.

Esta forma de entender el servicio que se ofrece desde el primer de atención ayuda a la concreción de proyectos vitales, independientemente de que la meta sea o no la abstinencia del consumo. En este nivel se puede trabajar la estabilización de vínculos sociales y familiares, la reinserción laboral o académica, así como la reducción de riesgos. Otra ventaja de la facilidad para el acceso a estos servicios es la posibilidad de contar con la participación familiar y comunitaria, deviniendo espacios de encuentro, de prevención, de información y de acompañamiento para las familias de las personas afectadas.

La propia naturaleza de estos centros de primer nivel de atención los convierte en servicios susceptibles de asumir la forma de ‘one step-shop’ tal y como se describe en las buenas prácticas señaladas en la *International standards for the treatment of drug use disorders* de 2020. Según experiencias internacionales (Vancouver, Barcelona, Berlín) ofrecer programas OAT/OST en centros integrales, mejora la adherencia a los tratamientos sanitarios y psicosociales, a la vez que se ahonda en las estrategias de reducción de daños, reduciendo sobredosis y mortalidad.

One-step-shop

- Ante las múltiples y diversas necesidades de las personas con trastornos por uso de drogas, lo ideal es que el mayor rango de servicios médicos y sociales puedan ser ofrecidos en un mismo escenario o centro, en lo que se describe como *one-stop-shop*. Estos servicios deben ser de fácil acceso, universales, gratuitos y basados en la evidencia y en las necesidades de las personas, así como ajustados a los contextos donde se interviene (OMS y UNODC, 2020). Este tipo de servicios suponen concentrar en un mismo punto la capacidad de diagnóstico, terapia asistida con medicamentos o farmacoterapia, psicoterapia, apoyo psicosocial y vinculación con servicios sociales.

Este tipo de iniciativas deben valorarse como muy eficaces especialmente en contextos desfavorecidos y donde se detecten barreras para el acceso a los servicios de salud. En contextos de marginalidad, los sistemas de derivación y listas de espera correspondientes, sumado a las dificultades para la normalización del cuidado relacionadas con la precariedad vital, se hacen necesarios servicios que integren la mayor cantidad de ofertas sanitarias, formativas y sociales indispensables y sean de referencia familiar y comunitaria. De este modo, el acceso a la atención y al seguimiento se adapta a las necesidades de los pacientes.

El éxito de las intervenciones y de los tratamientos pasa en gran medida por la participación de las personas afectadas y receptoras de estos programas. La participación en este, y en todos los niveles de atención, debe ser activa tanto en el diseño, como en la implementación y en la evaluación de los programas en los procesos de recuperación. Los itinerarios de recuperación y orientados al bienestar han de contar con las experiencias, expectativas vitales y prioridades de las personas y en ningún caso los objetivos han de ser impuestos. Contar con el recorrido de las personas y validar sus vivencias y sabidurías, apoyando y acompañando en clave profesional todo el proceso, será la manera de que la persona se implique desde la voluntad y la capacidad de agencia en su recuperación.

En los contextos mexicanos más desfavorecidos, como las zonas fronterizas donde se dan contextos comunitarios marcados por las desigualdades sociales, la violencia y las dificultades asociadas a la migración irregular, las personas que usan drogas requieren de tratamientos sanitarios con enfoques sociales y comunitarios de los que tendremos oportunidad de hablar en el punto 5. La adaptación de los servicios es una cuestión clave para el abordaje de las necesidades de los diferentes perfiles. El diseño de programas específicos según las diferentes realidades y características garantiza la cobertura de la diversidad de casuísticas y reduce las barreras de acceso.

Take-home naloxone

- Los programas de dispensación de naloxona (*Take-Home Naloxone*) están recomendados por organismos internacionales (OMS, UNODC) y respaldados por las experiencias internacionales en contextos donde el uso de opioides causa un gran impacto en la salud comunitaria. En estos contextos las sobredosis representan un serio peligro para los consumidores. Considerar la disponibilidad de naloxona de uso libre es una herramienta principal para revertir sobredosis: es un fármaco seguro y puede ser aplicado por personal no sanitario, lo que posibilita que las familias y las comunidades de los usuarios puedan ser agentes clave para evitar muertes.
- Actualmente, en México, la naloxona se encuentra sujeta a regulación sanitaria y su disponibilidad comunitaria está en proceso de revisión normativa.

Más allá de los escenarios ambulatorios de primera acogida, evaluación y derivación, referencias clave en los primeros niveles de atención, los programas de hospitalización parcial son idóneos para la implementación de programas tipo Matrix donde ofrecer programas de terapia individual y grupal, basadas en la entrevista motivacional, las terapias cognitivo-conductual y en el manejo de contingencias, como elementos de psicoeducación y entrenamiento en prevención de recaídas.

Del mismo modo, las hospitalizaciones parciales deben ser el escenario propio de los modelos de Aproximación de Refuerzo Comunitario, centrando las intervenciones en el refuerzo de alternativas y el trabajo con familias en un plazo medio y largo. Para este tipo de programas es básica la coordinación entre servicios estableciendo una red de soporte que abarque tanto la dimensión sanitaria como la psicológica y la social. La comunicación y trabajo compartido entre los servicios ambulatorios debe ser un continuo que implique a los pacientes, sus familias y profesionales capacitados en este tipo de programas.

En los escenarios ambulatorios, y particularmente en aquellos escenarios donde se prevé una duración media o larga, los modelos de terapia familiar, tipo MDFT también representan una estrategia clave. En los casos con pacientes adolescentes y jóvenes la implicación de las familias y el trabajo desde una perspectiva profesional con los diferentes miembros es propicio en contextos donde el peso cultural de la institución familiar está muy arraigado. También se requerirá la coordinación con escuelas, servicios sociales y justicia juvenil y otros servicios comunitarios. Este abordaje es especialmente útil en contextos urbanos donde prevalezca el uso de metanfetamina.

Los escenarios especializados, cuando se requiere hospitalización como en los casos de comorbilidad psiquiátrica u otras patologías asociadas o no al consumo, deben seguir trabajando conjuntamente la dimensión sanitaria del paciente junto a su dimensión social y de recuperación comunitaria. En este contexto las terapias farmacológicas, tipo OAT/OST suelen ser de primer orden en la estabilización de los pacientes. Las desintoxicaciones y los ingresos hospitalarios deben primar los tratamientos basados en derechos, la voluntariedad de las personas y su capacidad de agencia, paralelamente a los criterios clínicos. En este sentido, ofrecer el máximo nivel de información a los pacientes, así como seguimiento continuo y reevaluaciones frecuentes son claves para garantizar los derechos de las personas. Su participación pasa por escuchar e incorporar sus vivencias y experiencias y diseñar planes ajustados a sus proyectos vitales.

En los centros de tratamiento residencial, por su parte, la garantía de derechos, las reevaluaciones, los tratamientos farmacológicos y los enfoques multidimensionales deben favorecer en los acompañamientos de los procesos de recuperación de los pacientes. Los centros residenciales pueden tener diferentes enfoques y orientaciones, desde centros religiosos gratuitos a centros de pago con diversidad de oferta de tratamiento y comodidades. Más allá de este abanico de posibilidades, debe plantearse siguiendo una vez más las buenas prácticas e iniciativas llevadas a cabo en diferentes países.

Los centros residenciales de tratamiento son una alternativa terapéutica para los pacientes que necesitan de estancias prolongadas alejadas de sus propios contextos para su recuperación integral y no están afectados por alguna comorbilidad que requiera de hospitalización. Sin embargo, existen algunos modelos de centros residenciales integrales para personas sin recursos donde más allá de una vivienda se ofrecen programas de atención social y sanitaria que incluye tratamiento farmacológico y espacios de reducción de daños donde se integran salas de consumo supervisado, un ejemplo es el [Centro Residencial Galena](#), en Barcelona.

La adaptación de las buenas prácticas referenciadas y de los modelos de intervención basados en la evidencia y en derechos al contexto mexicano es una cuestión relativamente sencilla. Los estándares de atención del país ya prevén que las intervenciones tengan un carácter integral y comunitario y se fundamentan en los lineamientos internacionales que también apuntan en esa dirección. México tiene una estructura de atención territorial firme y bien implementada, pero como todos los servicios de atención se debe a las necesidades específicas de sus pacientes o usuarios y por lo tanto si cambian las condiciones o el contexto se transforma, la red de servicios debe cambiar a su vez.

La emergencia del fentanilo y de la metanfetamina, especialmente en algunas zonas del país, supone un reto para la estructura de atención para las personas con necesidad de tratamiento por su consumo de estas sustancias. México debe adaptar a su propio contexto las experiencias exitosas de otros territorios donde esas sustancias llevan más tiempo implantadas. En primer lugar, la irrupción del fentanilo en los entornos de consumidores de opioides provoca un mayor número de sobredosis relacionado con la mayor potencia de este opioide sintético como se demostró en Estados Unidos. En ese sentido, flexibilizar los programas farmacológicos OAT/OST haciéndolos más accesibles en servicios ambulatorios supone ofrecer una herramienta consistente a los pacientes que buscan alternativas a su consumo y medidas de protección ante las sobredosis.

En el mismo sentido, los programas de dispensación libre de naloxona pudieran ser un insumo básico en los entornos donde se consume fentanilo. La irrupción de este opioide sintético supone un riesgo para los consumidores de opioides, incluso para aquellos que no lo consumen activamente puesto que se han notificado casos de adulteración de otras sustancias con este compuesto. Por lo tanto, capacitar a los y las profesionales de intervención con personas que usan drogas y a las personas consumidoras de opioides como a sus familias o comunidades supone minimizar los riesgos por sobredosis y muertes asociadas a estos consumos.

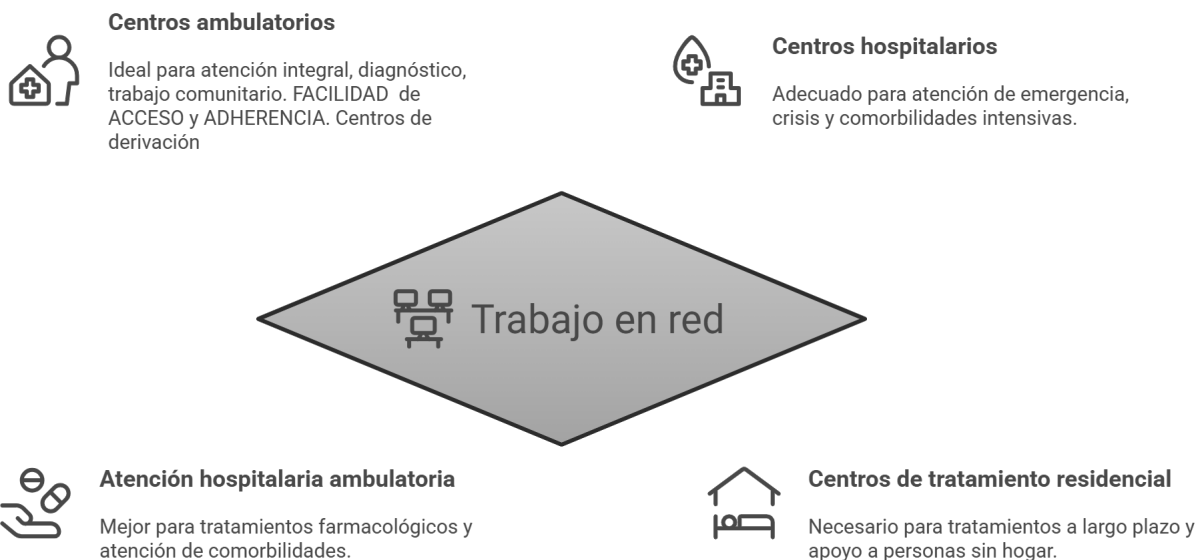
Análisis de sustancias

- Los casos de adulteración de otras sustancias con fentanilo son frecuentes y especialmente con riesgo de sobredosis. En México se ha detectado la adulteración del fentanilo con sustancias como la xilacina (Fleiz, C., 2025) lo que también supone un incremento del riesgo. Disponer de programas de análisis de sustancias o de tiras reactivas, para que las personas consumidoras sepan que es lo que están consumiendo puede ser un valioso insumo en los centros de primera atención y de referencia para las personas consumidoras de drogas y sus familias.

La capacitación de profesionales también deberá abarcar la difusión de guías y protocolos específicos para que los diferentes servicios de los escenarios previstos puedan trabajar con los modelos integrales de referencia. De igual modo, un aspecto clave es el trabajo de coordinación tanto entre servicios de la red de atención, como con el resto de los servicios comunitarios. Buenos sistemas de derivación y comunicación entre la diversidad de servicios de la red de atención, facilita trabajar en itinerarios y protocolos diseñados para dar respuestas según el continuum que suponen los procesos de recuperación y los tratamientos de los trastornos por consumo de drogas.

En esta adaptación, los servicios de atención de los Centros de Integración Juvenil A.C. (CIJ) y de CECOSAMA de primer nivel de atención son un elemento clave. Fortalecer estos recursos en su papel de entidades de acogida, atención y derivación a servicios especializados cuando sea necesario o de coordinación con otras entidades o prestadoras de servicios (sanitarios, sociales o judiciales, entre otros) debe ayudar a referenciar los espacios de CECOSAMA de primer nivel como puerta de entrada a la red de atención de las personas que usan drogas. Así mismo, ampliar la oferta en estos centros incluyendo estrategias de reducción de daños, tratamientos farmacológicos y acompañamiento y facilitación para la recuperación desde regímenes ambulatorios contando con las familias y la comunidad.

Tipos de servicios centrados en la necesidad de la persona



■ 2.3 Aprendizajes clave

El sistema mexicano de salud para la atención a las personas que usan drogas y atraviesan trastornos relacionados con su uso es robusta y sólida. Ante la eventual llegada de nuevas realidades y sustancias como el fentanilo o la metanfetamina, que transfiguran el escenario tanto para las comunidades como para los y las profesionales que intervienen, es necesario reubicar y adaptar la oferta a las necesidades de las personas beneficiarias.

Los estándares de tratamiento que propone CONASAMA articulados en los diferentes niveles de atención, se alinean con los estándares internacionales en tanto sus modelos de intervención están basados en la evidencia y centrados en la persona. La adaptación debería significar una agilización de la propia red ya existente y mejorar la coordinación entre los servicios disponibles, tanto aquellos servicios pertenecientes a la red, como los que no lo son de manera directa pero que forman parte del tejido comunitario y así poder garantizar una continuidad asistencial.

La adaptación mexicana no debería consistir en importar modelos y experiencias de forma acrítica, si no en resignificar ese contenido según las claves locales, incluso en correspondencia a las necesidades específicas de las regiones más afectadas. De esa forma se consigue desplegar los niveles de atención adecuados, garantizando la continuidad asistencial, el anclaje comunitario y una mayor accesibilidad de las personas que requieren de la red. Empezando por los primeros niveles de atención cuya meta siempre ha de ser alcanzar el estatus de referencia para los pacientes, sus familias y sus comunidades.

El éxito de la adaptación de las experiencias y modelos que hemos repasado al contexto mexicano pasa por la coordinación fluida entre servicios de la red según los diferentes niveles de atención y la creación o fortalecimiento del trabajo comunitario implicando instituciones y recursos de todos los ámbitos (educativos, sanitarios, de desarrollo social o judiciales). De esta manera se atiende al concepto de continuum en los procesos de TUS y la multidimensionalidad de las realidades de las personas afectadas. La capacitación de profesionales en modelos de tratamiento integrales y comunitarios, resaltando la importancia y la necesidad de este trabajo holístico, debe completarse sin demérito de las terapias y tratamientos individualizados.

Articulación interinstitucional e intersectorial para la continuidad asistencial

- La recuperación y el bienestar de las personas afectadas por trastornos por usos de sustancias pasa necesariamente por el trabajo en todas las dimensiones de la vida de la persona. De ese modo, la coordinación entre los servicios implicados en las diferentes áreas como la de la salud, la educación, el desarrollo social, la reinserción o el ámbito comunitario, resulta imprescindible para garantizar la continuidad y sostenibilidad de los tratamientos y obtener progresos efectivos y encaminados hacia el bienestar de las personas.
- La articulación entre las instituciones del ámbito civil, ONG y organismos oficiales de las diferentes áreas debe favorecer la referencia y contrareferencia entre servicios y enfocarse en la prevención de recaídas y la integración de las personas afectadas. En ese sentido, deben establecerse protocolos de cooperación, comisiones intersectoriales y espacios o mesas de trabajo conjunto que se traduzcan en una respuesta integral, basada en los derechos de las personas, garantizando un abordaje conjunto, más allá del tratamiento específico, que trabaje en red abarcando los aspectos sanitarios, psicológicos, sociales y comunitarios de las personas afectadas.

Otra parte fundamental es la adaptación de los modelos a las necesidades reales de la persona, según sus contextos y revisando la pertinencia cultural, de género, de edad y la perspectiva comunitaria en las intervenciones, como también la revisión del acceso y disponibilidad de fármacos útiles en tratamientos y en estrategias de reducción de daños. La mejora de la accesibilidad a los tratamientos farmacológicos OST/OAT con seguimiento en los diferentes niveles supone una mejora de la adherencia de los pacientes.

Dificultades de acceso a naloxona en el contexto mexicano

- En México, la naloxona sigue clasificada como sustancia psicotrópica controlada en el marco de la Ley General de Salud. Esta clasificación representa dificultades en el acceso al fármaco, ya que solo puede obtenerse bajo prescripción facultativa.
- En el año 2023 el Senado mexicano propuso una iniciativa de reforma (artículo 245) para legislar el estatus de la naloxona de forma que pudiera ser dispensada en farmacias sin receta (siempre y cuando se presentara sola, sin combinarse con otros principios activos).
- En la práctica, las organizaciones civiles y servicios sanitarios que operan en la frontera norte, importan naloxona de forma informal desde los Estados Unidos (Bejerano Romero et al 2023, Senado de México, 2023).

Con relación a la accesibilidad de los servicios, la capacidad de innovar hacia modelos de intervención integrados para garantizar el acceso de las poblaciones más vulnerables en recursos tipo *one-step-shop* o recursos de vivienda para población consumidora de drogas sin hogar. Por último, pero igualmente fundamental es asegurar la participación de las personas implicadas, validando su experiencia vivida, y la de sus familias en el diseño de los itinerarios y de los programas y en su implementación y evaluación. La participación de las personas protagonistas es clave en el reconocimiento de sus saberes y su empoderamiento.

Según niveles de atención y escenarios de intervención, los aprendizajes más destacados serían:

En el **primer nivel de atención**, es clave fortalecer la capacitación del personal en modelos integrales de recuperación tipo Planificación Centrada en la Persona (PCP) y en modelos de recuperación tipo Triple R, especialmente el modelo Matrix para los consumidores de estimulantes. Los protocolos de evaluación, tratamiento y derivación deben estar estandarizados y deben estar en continua coordinación con los diferentes niveles de intervención, así como con otros prestadores de servicios y entidades sociales.

Estos servicios deben actuar como referencia en el ámbito comunitario, adaptándose a las realidades, contextos y sensibilidades culturales de los territorios donde se implementen. En ese sentido, para favorecer la integración social, deben fortalecer los vínculos con las redes locales, desde organizaciones civiles, estamentos judiciales y prisiones, como centros educativos y familias. Ese aspecto comunitario debe servir para trabajar tanto los aspectos preventivos del consumo, como dispensar herramientas de reducción de daños. También deben proporcionar facilidad de acceso a tratamientos integrales, el seguimiento de los casos de las personas tratadas y el apoyo a las familias.

Empezando por el primer nivel de atención, y especialmente en esta etapa inicial debe considerarse que la sostenibilidad de los tratamientos no depende únicamente de su componente clínico o psicológico, sino también del abordaje integral de los determinantes sociales de la salud. Por ello, los equipos deben mantener una coordinación permanente con los servicios sociales y comunitarios que atienden necesidades básicas como vivienda, alimentación o empleo. Partir de la seguridad alimentaria en entornos desfavorecidos y con personas vulnerables es el primer ítem de prevención de malestares y enfermedades.

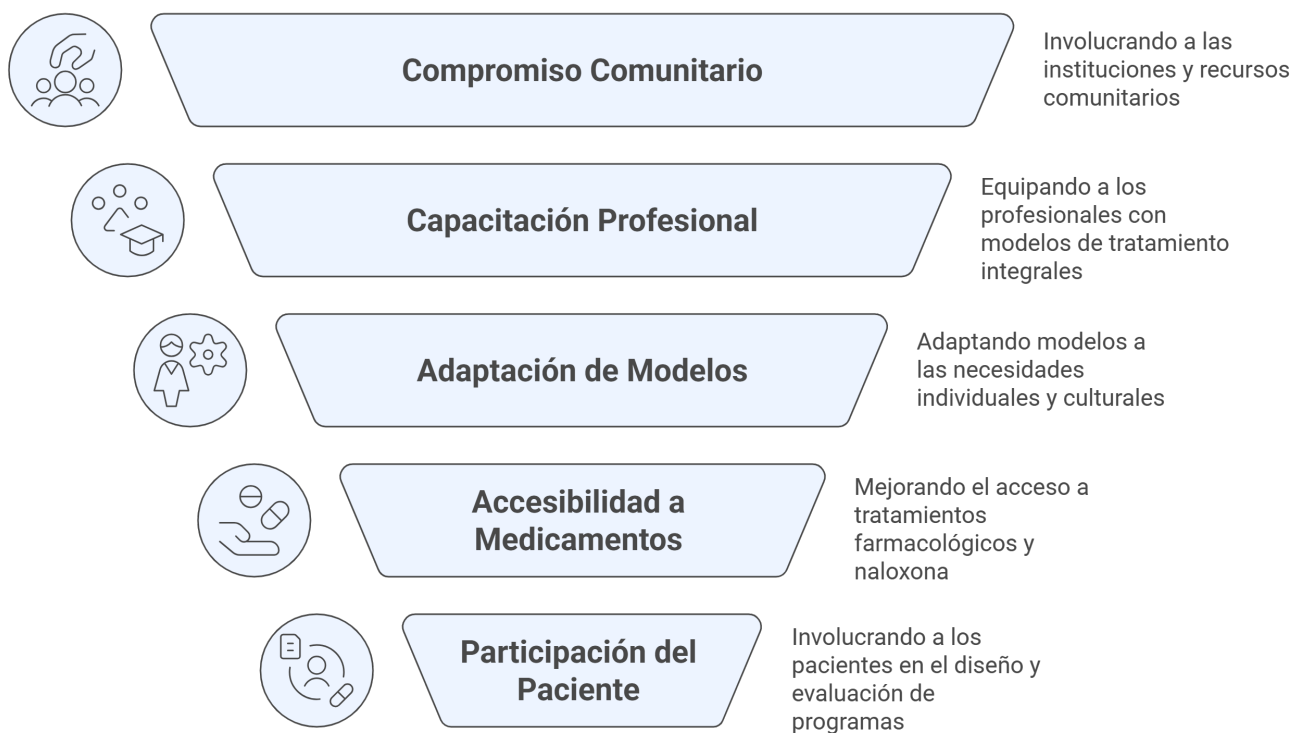
Los escenarios de **hospitalización parcial** y otros **dispositivos ambulatorios** intensivos deben ofrecer tratamientos estructurados de medio y largo alcance junto con la intervención en caso de comorbilidades, integrando activamente a las familias en los tratamientos integrales de recuperación, mejorando la adherencia y la prevención y manejo de recaídas. En ese sentido, también es clave implementar estándares de modelos clínicos como MDFT, CRA o Matrix, así como los programas farmacológicos y articulaciones complementarias a estos. La evaluación continua de resultados clínicos es importante para ajustar los programas a las necesidades de las personas tratadas. Por lo tanto, la capacitación del personal en tratamientos psicosociales y el trabajo en red con los recursos de primer nivel es clave para asegurar la adherencia de los pacientes a sus tratamientos.

En la **atención hospitalaria** y las **comunidades terapéuticas** donde se tratan casos que requieren de mayor atención y normalmente de mayor alcance temporal también se debe trabajar la reintegración comunitaria y el trabajo en red con el resto de los servicios y con las comunidades. Diseñar programas de desescalada de medicación y la evaluación continua de los resultados clínicos serán elementos clave para la recuperación y la integración comunitaria. En estos escenarios también será imprescindible el trabajo de prevención de recaídas.

Cabe destacar que en México las comunidades terapéuticas y otros centros residenciales, cuya actividad está regulada por la NOM-028-SSA-2009 que establece los criterios de prevención, tratamiento y control de adicciones, tienen déficits en la habilitación y certificación de sus actividades. Se ha detectado que una parte significativa de estos centros se acciona sin licencias sanitarias vigentes o protocolos clínicos homologados donde pueden darse prácticas no basadas en la evidencia, dinámicas coercitivas o punitivas, como señala el informe *Ni socorro, ni salud: abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en América latina y el caribe* (Open Society, 2016).

En el mismo documento se destaca que en México se ha limitado la implementación de estándares internacionales en ese tipo de servicios por la carencia de mecanismos de auditoría, rendición de cuentas y de supervisión clínica y que los criterios de certificación y financiamiento no siempre se vinculan con el cumplimiento de la normativa oficial. En ese sentido, es necesario implementar sistemas más fiables para los procesos de acreditación de esos servicios ofreciendo garantías de capacitación del personal, protocolos basados en la evidencia científica, articulación con otros servicios de la red y sistemas de evaluación continua de resultados clínicos como requisito indispensable para formar parte de la red pública de atención.

Adaptaciones del modelo de atención mexicano



Resumen de las adaptaciones del modelo de atención mexicano según buenas prácticas internacionales.

3. Abordaje clínico centrado en la persona y basado en la evidencia para el tratamiento del consumo de fentanilo

■ 3.1 Evaluación y diagnóstico

La evaluación clínica y el diagnóstico constituyen la puerta de entrada a la atención centrada en la persona y basada en la evidencia para el tratamiento de los trastornos relacionados con el uso de fentanilo. La calidad y eficacia de este primer paso deben guiarse, según los estándares internacionales, en la integralidad y multidimensionalidad de los diferentes aspectos que atraviesan la vida de las personas a tratar y debe ser continua en el tiempo (OMS, UNODC, 2020; SAMHSA, 2022), es decir, es clave reevaluar periódicamente al paciente atendiendo a los cambios, progresos o retrocesos que experimenta la persona. De esta forma el plan terapéutico se adapta a las necesidades contextuales e individuales de la persona tratada.

Interculturalidad, género y experiencia vivida

- El abordaje desde una mirada inclusiva, participativa, intercultural y de género e interseccional, así como la incorporación de la experiencia y vivencias del paciente, será imprescindible para acertar con la evaluación y el diagnóstico. Los diagnósticos que no incluyan estos aspectos corren el riesgo de resultar erróneos o incompletos causando dificultades en el vínculo entre los profesionales y los pacientes y la poca adherencia a los tratamientos.

El proceso de evaluación y diagnóstico según el **modelo biopsicosocial** recomendado por la OMS en el mh/GAP y la EUDA debe abordar tanto la dimensión biomédica y las condiciones clínicas de los pacientes, como la psicológica y su dimensión social, comunitaria y relacional, entendiendo la salud y el bienestar de una forma integral y holística. El marco de referencia de los modelos de tratamiento basados en la evidencia y centrados en la persona recomienda esta mirada integral que supere las concepciones exclusivamente individualizantes y enfocadas en perspectivas biologicistas.

En términos generales, el uso de fentanilo en México, aunque en aumento, parece localizarse en territorios fronterizos con los Estados Unidos y su presencia en el resto del país está en gran medida como adulterante de otras drogas. Ante este escenario, donde la sustancia no es la droga de elección de una gran cantidad de personas, los protocolos para su tratamiento se ajustan a los propios de otros consumos de opiáceos como la heroína.

Ante un contexto de consumo de fentanilo análogo al de heroína, con un uso marginalizado, la evidencia detalla la existencia de una alta prevalencia de comorbilidades médicas y psiquiátricas en este tipo de consumo. Ello pone de manifiesto la necesidad de una **evaluación clínica integral** para abordar los casos donde se reporten usos de opioides, especialmente de fentanilo. Estas evaluaciones deben incluir:

- Valoración del estado físico general. Exploración médica de signos vitales, cardiovascular y respiratoria y análisis para detectar infecciones asociadas con la inyección de drogas tales como el VIH, las hepatitis u otras infecciones.
- Historial de consumo. En primera instancia debe conocerse los patrones de consumo, cantidades, vías de administración, posibles policonsumos y periodos de abstinencia o episodios de sobredosis.
- Identificación de síntomas de dependencia y síndromes de abstinencia. Junto con la valoración de la intoxicación del paciente, se debe diagnosticar tales síntomas y síndromes según criterios diagnósticos establecidos por DSM-5 y según instrumentos como ISA o ASI.

- Cribado de comorbilidades psiquiátricas y salud mental en general. Es necesario diagnosticar de forma estructurada, o reevaluar según el caso, otros trastornos psiquiátricos como ansiedad, psicosis, trastornos por estrés postraumático (TPET) o depresión. En este cribado es clave valorar el riesgo de suicidio. Las Guías de Práctica Clínica propuestas por la Secretaría de Salud (2009, 2010 y 2011) así como en la Guía para el uso de metadona en usuarios adultos con VIH dependientes de la heroína intravenosa del 2016 integran y detallan los principales instrumentos de evaluación.
- Análisis del contexto comunitario, de la situación social y económica de la persona, incluyendo su situación respecto a la vivienda, al empleo, a su situación judicial y administrativa, sus antecedentes de violencia o traumas y la red de apoyo con la que dispone, empezando por la situación familiar o de pareja y teniendo en cuenta la importancia otorgada a las propias vivencias y experiencias.

Para la evaluación y el diagnóstico es útil usar instrumentos validados para garantizar la calidad de la evaluación y facilitar la comparabilidad. Utilizar sistemas o herramientas estandarizadas supone compartir criterios diagnósticos unificados. Aun así, es clave seguir adaptando e interpretando las herramientas según los contextos culturales, la diversidad lingüística. Algunas herramientas validadas por la Secretaría de Salud mexicana según los lineamientos de los organismos internacionales son:

- [ASSIST](#): sirve en un primer nivel de atención primario para la evaluación de consumo de sustancias
- MINI 7.0 o SCID-5: vinculadas a los criterios de DSM-5 sirven para diagnosticar comorbilidades psiquiátricas.
- [COWS](#) (*Clinical Opiate Withdrawal Scale*): útil para valorar la intensidad de los síndromes de abstinencia y diagnosticar según criterios de DSM-5.
- ASI (*Addiction Severity Index* / Índice de Severidad de la Adicción): evalúa múltiples áreas de la vida afectadas por el consumo (médica, laboral, familiar, legal, social y psicológica).

La evaluación y diagnóstico debería suponer un primer paso hacia la construcción del vínculo entre terapeuta y paciente, que en última instancia es el elemento fundamental en cualquier tratamiento. Por ese motivo, esta primera toma de contacto no ha de limitarse a la simple recopilación de datos clínicos sino a establecer una relación de confianza y ha recoger la demanda principal de la persona que acude o que es contactada en un contexto de calle y/o informal.

Los enfoques centrados en la persona suponen diseñar itinerarios individualizados según los objetivos vitales de cada paciente, mejorando la adherencia y aumentando el vínculo con el servicio de atención (OMS, UNODC, 2020). Para ello, la evaluación debe garantizar un entorno seguro y carente de juicios morales o estigmas y el consentimiento y la confianza deben ser patentes en todas las fases.

En esta primera instancia se debe incluir de forma activa a la persona, contando, si es pertinente, con sus redes de apoyo o familia a la hora de establecer objetivos terapéuticos y prioridades vitales. Incluir a la persona también supone reconocer sus fortalezas, recursos y motivaciones más allá de las carencias, adversidades o dificultades que presente en relación con el consumo u otros aspectos de su vida.

■ 3.2 Tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico o asistencia con medicamentos para los trastornos por uso de fentanilo tiene la misma base que los tratamientos para los trastornos por otros opioides como la heroína. Sin embargo, la potencia del fentanilo incrementa el riesgo potencial de sobredosis, mientras que la corta duración de sus efectos y su rápida absorción provoca episodios de consumo más frecuentes y síndromes de abstinencia más rápidos en comparación a otros opioides como la heroína.

Los tratamientos farmacológicos para los trastornos por consumo de opioides se sustentan en terapias con agonistas opioides. La **metadona** y la **buprenorfina** (con o sin **naloxona**) y en menor medida la **naltrexona**, funcionan como la referencia estandarizada para reducir la mortalidad y mejorar la adherencia y retención a los tratamientos, aparte de reducir los consumos ilícitos de otros opioides y los daños sanitarios y comunitarios asociados.

HPSO *High-Potency Synthetic Opioids* (opioides sintéticos de alta potencia).

- En los contextos angloparlantes, principalmente en Estados Unidos y Canadá se usa las siglas HPSO para referirse a aquellos opioides sintéticos de la familia de los fentanilos y más recientemente de los nitazenos. Organismos como NIDA, SAMHSA o ASAM usan estas siglas para referirse a la amplia familia de estos compuestos sintéticos que pueden variar en potencia y por lo tanto en riesgo para sus consumidores.

Como ya repasamos en el capítulo 2.1, la OMS y la UNODC reconocen las terapias farmacológicas con metadona y buprenorfina como una intervención esencial situada dentro de tratamientos integrales con enfoques psicosociales y junto a medidas de seguridad, como son los protocolos para el manejo de sobredosis donde está indicada la dispensación de naloxona (UNODC, 2022). Para la elección terapéutica del agonista (metadona o buprenorfina) deben tenerse en cuenta los criterios de eficacia y retención en el tratamiento.

Según la evidencia recogida por la EUDA en su [portal de buenas prácticas](#), la metadona se asocia a una mayor retención a los programas de tratamiento que la buprenorfina. Por ello se prioriza la prescripción de metadona en escenarios críticos y la buprenorfina en escenarios donde prioriza otros factores como el contexto de atención, las preferencias del paciente o la logística de inicio al tratamiento.

En los contextos de consumo de HPSO, como en los casos de presencia de fentanilos, el inicio de tratamientos con buprenorfina plantea retos clínicos específicos. Al tratarse de un agonista parcial con una alta afinidad por los receptores opioides μ , si llega a administrarse cuando todavía persisten otros agonistas completos (heroína y fentanilos entre otros) la buprenorfina puede actuar como antagonista y desplazar de forma brusca otros agonistas opioides, precipitando una abstinencia precipitada y aguda.

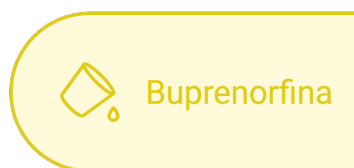
Por este motivo para el uso de buprenorfina es necesario adaptar estrategias de inducción, como el uso de dosis subterapéuticas o de dosis altas bajo supervisión, para mejorar la retención y evitar los riesgos de abstinencia precipitada. Su presentación combinada con naloxona se indica para evitar los síndromes de abstinencia y la inyección del fármaco (no haría efecto). La metadona, por su parte, es un agonista completo, igual que heroína o fentanilo, y no provoca esos efectos indeseados, por lo que puede iniciarse en momentos iniciales de los tratamientos, incluso persistiendo otros opioides en el organismo.

Por último, la naltrexona solo debe usarse en paciente con más tiempo en abstinencia de opioides, puesto que igual que la naloxona es un agonista total y bloquea los receptores. Su uso en tratamiento no está recomendado cuando los pacientes consumen activamente opioides puesto que su indicación es para evitar el efecto psicoactivo de los opioides y no para evitar los síndromes de abstinencia.

De forma práctica, la metadona es útil en casos de consumo crónico de opioides de alta potencia y con dependencia severa. Su uso requiere de supervisión médica y revisiones periódicas, pero tiene más éxito con relación a la retención de tratamiento. La buprenorfina tiene un margen de seguridad mayor, por su propio techo farmacodinámico. La posibilidad de combinarla con naloxona reduce los desvíos o los usos inapropiados (UNODC, 2022).

En los casos de uso intensivo de fentanilo, los síndromes de abstinencia precipitados en los tratamientos con buprenorfina, son un riesgo más patente para los pacientes, por lo que ajustar los protocolos y las dosificaciones de forma individualizada es de vital importancia. Los tratamientos farmacológicos siempre han de ser supervisados y revisados periódicamente.

Fármacos para el trastorno por uso de opioides

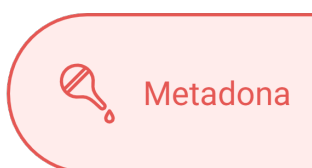


Buprenorfina

Agonista parcial μ con alta afinidad y efecto techo. Requiere abstinencia moderada o microinducción.

Igual eficacia que buprenorfina, con naloxona para evitar el uso inyectado. Indicaciones iguales que buprenorfina sola.

Buprenorfina + Naloxona



Metadona

Agonista completo μ con alta eficacia y potencia. Puede iniciarse con consumo activo y permite el ajuste de la dosis.

Antagonista puro μ que bloquea los efectos opioides. Solo tras desintoxicación completa.

Naltrexona

Resumen de los fármacos para el trastorno por uso de opioides.

Los estándares internacionales (UNODC, OMS, 2022) incluyen medidas complementarias de seguridad y de buen manejo de estos tratamientos. En primer lugar, los OAT/OST pudieran implementarse conjuntamente a intervenciones de reducción de daños tales como:

- **Disponibilidad de naloxona** para personas en tratamiento OST/OAT y sus grupos de pares o familiares.
- **Supervisión continua** de las dosis de los tratamientos OST/OAT y programas *take-home* de OST/OAT, valorando estabilidad clínica y social. Estas iniciativas favorecen la adherencia y la continuidad de la asistencia.
- **Programas psicosociales** estructurados, vínculo terapéutico con los pacientes y coordinación con el resto de los servicios sanitarios o sociales implicados. Implementación de servicios tipo *one-stop shop* para facilitar adhesión al tratamiento.

La farmacología en fases agudas de consumo de fentanilo también implica el uso de naloxona en los casos de intoxicaciones o sobredosis. Este uso puede ser tanto clínico, como comunitario y tras episodios de sobredosis puede enlazarse a tratamientos OAT/OST. En casos de abstinencia aguda, según clínica y escalas pertinentes, se recomienda la inducción a OAT/OST sin necesidad de retrasar el inicio de tratamiento en lo que se conoce como *low-threshold* OAT.

Casos refractarios a OAT/OST

- En los casos de personas que no responden a los tratamientos con agonistas como metadona o buprenorfina, presentando un consumo crónico y persistente de HPSO y con escasa retención en los tratamientos, en ciertos países se usa el tratamiento asistido con heroína (diacetilmorfina) siempre en entornos altamente regulados. La eficacia de este tratamiento en esos casos, lo configura como una opción basada en la evidencia cuya implementación únicamente depende de los marcos legales de cada territorio.

■ 3.3 Intervenciones psicosociales

En los tratamientos de los trastornos por uso de opioides y en concreto de los HPSO, como el fentanilo la vía farmacológica es clave, pero inseparable de las intervenciones psicosociales (OMS, UNODC, 2020), puesto que en los casos de este tipo de trastornos se dan complejidades tanto clínicas, como sociales y comunitarias o relacionales. Ello implica abordajes integrales, altamente individualizados y adaptados y sostenidos en el tiempo.

La combinación del abordaje farmacológico con el psicosocial reduce las recaídas, facilita la reinserción social y mejora la adherencia y retención de los tratamientos. Las intervenciones de tipo psicosocial deben ser flexibles y han de contar con la participación del paciente en la elaboración de los itinerarios según sus metas personales y sus necesidades. Por tanto, los programas de intervención psicosocial han de adaptarse a cada persona integrando la diversidad cultural y el contexto de cada una de ellas (OMS, 2023).

Las intervenciones psicosociales deben tener en cuenta ciertos principios operativos en su implementación. Deben diseñarse de forma individualizada y adaptada al paciente según los cambios que se vayan produciendo en el proceso. Estas intervenciones han de tener continuidad en el tiempo, han de mantenerse durante todo el proceso terapéutico y han de articularse según las necesidades del proceso del paciente. La evaluación en forma de indicadores de progreso psicosocial deberá hacerse de forma continua para reevaluar y orientar el itinerario si es preciso.

Para todo este tipo de intervención será clave la coordinación interdisciplinaria, puesto que será necesario contar con la participación de equipos médicos, de atención psicológica, trabajadores sociales, educadores sociales, antropólogos y de los diferentes agentes comunitarios implicados. Por último, todo este proceso terapéutico debe estar guiado por un enfoque de derechos, garantizando la participación de la persona y un trato respetuoso y no estigmatizante.

De forma general podemos hablar de tres tipos de intervenciones psicosociales, las intervenciones individuales, las intervenciones familiares y las de tipo comunitario. Estas tres modalidades se trabajan de forma paralela entendiendo que los procesos de recuperación no han de incidir únicamente en los aspectos individuales y de motivación para el cambio de la persona, sino que dicha recuperación también incluye los aspectos relacionales y comunitarios de una forma integral.

Algunas de las herramientas de la intervención individual más usadas en los tratamientos de trastornos por uso de fentanilo incluyen:

- **La entrevista motivacional (EM):** está técnica se orienta a fortalecer la motivación para el cambio, incidiendo en la autopercepción del paciente y reforzando sus habilidades y capacidades. En estas entrevistas se establecen metas adaptadas y decididas por el paciente con la ayuda del terapeuta quien ayuda a fijar objetivos realistas y un plan escalonado.
- **Manejo de contingencias:** esta técnica implica el uso de reforzadores positivos de conducta en forma de incentivos, para diversificar conductas adaptativas y saludables que compitan contra la conducta de consumo y favorezcan la abstinencia en los procesos de recuperación. Consiste en premiar de forma real o simbólica aquellas acciones positivas como la asistencia o adherencia al tratamiento, el manejo de situaciones de riesgo de recaídas, etc.

- **Terapias cognitivo-conductuales (TCC):** intervenciones focalizadas en la modificación o reinterpretación de pensamientos y conductas relacionadas con el consumo de drogas, destinadas a identificar y manejar los desencadenantes del consumo, prevención de las recaídas y promover habilidades de afrontamiento de las situaciones o momentos de riesgo de consumo.
- **Terapias de regulación emocional y manejo del estrés:** estas intervenciones están especialmente enfocadas en aquellos pacientes que presentan algún tipo de trastorno afectivo, relacionado o no, con elementos de trauma.

Estas intervenciones, junto con la **terapia breve** que tendría elementos de todas las anteriores y se usaría en los momentos iniciales de contacto y de tratamiento se indican tanto en fases de estabilización, como de mantenimiento. La intensidad, el número de sesiones, será variable en función de las necesidades del paciente y estará sujeto a la valoración del equipo terapéutico.

Modelo SBIRT

- El modelo SBIRT ha sido recomendado por los principales organismos internacionales (OMS, UNODC, SAMHSA, NIDA) como intervención de primer nivel diseñado para la detección temprana de trastornos por consumo de sustancias y ofrecer atención en función de la severidad del trastorno. Las siglas SBIRT corresponden a *Screening* (cribado y evaluación con herramientas específicas tipo ASSIST), *Brief Intervention* (3 o 4 sesiones de terapia breve motivacional, orientada al cambio y al establecimiento de metas, de entre 15 minutos y media hora), *Referral to Treatment* (derivación al tratamiento más indicado en función de la valoración profesional de primera atención). En México se recoge este modelo bajo el nombre de Detección temprana e Intervención breve (con ASSIST) y Derivación a tratamiento. En lineamiento con OPS/OMS en su manual para el uso de ASSIST del 2011.

Las intervenciones familiares mejoran la retención en el tratamiento y repercuten positivamente en la recuperación. Cuando los integrantes de la familia del paciente tienen la posibilidad de implicarse en los procesos de recuperación, el bienestar producido contribuye a un mayor entendimiento y el fortalecimiento de vínculos que son la base del apoyo para la superación de trastornos y malestares emocionales.

En familias altamente disfuncionales o ante la ausencia de vínculos familiares, el paciente puede decidir qué personas son decisivas o importantes, más allá del estatus del vínculo que los une. Algunos de los modelos habituales y recomendados por organismos internacionales son:

- **Las terapias familiares sistémicas o MDFT:** este modelo aborda las dinámicas disfuncionales en las relaciones entre los miembros de la unidad familiar y los diferentes papeles que han jugado las mismas en relación al resto de miembros. Con estas terapias se pretende favorecer la comunicación y establecer límites y apoyos.
- **Psicoeducación familiar sobre trastornos por uso de sustancias y sobre tratamientos farmacológicos:** este tipo de intervenciones, centradas específicamente en la familia (o el entorno inmediato) del paciente son clave para la reducción del estigma que pueda existir en relación a los TUS y a los tratamientos relacionados, de esa manera se mejora la adherencia del paciente bajo el apoyo de la familia.

Las intervenciones grupales se conciben como una herramienta de trabajo para fomentar las habilidades comunicativas y sociales, así como para encontrar apoyos entre iguales, reforzando en grupo la motivación para el cambio. Los modelos de intervención grupal son o bien de forma estructurada o en forma de grupo de apoyo entre pares y están ampliamente recomendadas en las fases de mantenimiento de los procesos de recuperación.

Las terapias grupales estructuradas fomentan el apoyo entre pares cuando no hay estructuras horizontales construidas por sí mismas. De esta forma se pretende reducir el aislamiento y se promueve la identificación con personas que pasan por procesos parecidos, en entornos seguros. Por su parte, los grupos de iguales, de ayuda mutua, aunque no sea un recurso clínico, fortalecen la motivación, la autonomía y la pertenencia, reduciendo el estigma.

■ 3.4 Manejo de comorbilidades

En el tratamiento de trastornos por uso de fentanilo y otros HPSO, el manejo de comorbilidades tanto físicas, como mentales es un elemento imprescindible debido a la prevalencia de infecciones transmisibles en la población que se inyecta drogas y de otras enfermedades crónicas, así como de trastornos de salud mental. Los estándares internacionales, OMS, UNODC o mhGAP recomiendan evitar los abordajes paralelos de estas dos condiciones y atender de forma integrada y coordinada las dolencias y trastornos de las personas atendidas por TUS.

En el tratamiento de comorbilidades han de regir principios básicos que se resumen en la sistematización para la detección temprana de comorbilidades tanto en el ingreso como de forma periódica, en velar por integrar en el tratamiento de TUS, el resto de comorbilidades cuando se presenten y hacerlo con un monitoreo individualizado y adaptado. El trabajo interdisciplinario entre diferentes equipos de salud mental, medicina interna o enfermedades infecciosas y servicios sociales comunitarios será una constante en este aspecto, así como debe serlo el enfoque centrado en la persona, reduciendo el estigma y favoreciendo la adherencia del paciente al tratamiento.

Los trastornos mentales comórbidos en los casos de TUS con fentanilo más comunes, según las altas tasas registradas, son los trastornos depresivos y de ansiedad, los trastornos de estrés post traumático (TEPT) y algunos trastornos de personalidad. Su evaluación en primera instancia requiere del uso sistemático de herramientas estandarizadas tipo MINI 7.0 o SCID-5, de mayor duración. Una vez diagnosticado, los tratamientos para estas dolencias deben integrarse simultáneamente con el tratamiento del TUS tratando de evitar modelos de tratamiento secuencial, que podría retrasar alguno de los abordajes.

Si el tratamiento de la comorbilidad psiquiátrica incluye farmacología específica tipo antidepresivos, antipsicóticos o ansiolíticos, esta medicación debe coordinarse con el tratamiento OAT/OST, atendiendo especialmente a interacciones que puedan producirse y a las sensaciones de cada paciente ante los diferentes efectos. Más allá del aspecto farmacológico el tratamiento específico de las comorbilidades también ha de integrar las intervenciones psicoterapéuticas específicas indicadas para el trastorno, adaptando si es preciso el programa y el itinerario según la persona y sus necesidades.

En trayectorias con historias de vida marcadas por la exclusión social y la marginalidad es útil el enfoque de la atención informada por el trauma (TIC) y los entornos psicológicamente informados (PIE). Este enfoque promueve entornos de seguridad que repercuten en la estabilidad, en el empoderamiento y en última instancia en la adherencia al tratamiento y al bienestar de la persona.

Las **comorbilidades médicas** frecuentes en los casos de TUS por uso de fentanilo o HPSO se relacionan en buena medida con la vía de consumo. La inyección de drogas en contextos no controlados y el hecho de compartir jeringuillas, comporta el riesgo de infectarse de VIH o hepatitis B o C. Otras enfermedades infecciosas como la sífilis o la tuberculosis también pueden ser frecuentes en personas que presentan TUS por uso de fentanilo en relación con los contextos de marginalidad y en ocasiones poco autocuidado.

Para detectar enfermedades infecciosas se requiere de un cribado universal que ha de efectuarse en el primer nivel de atención al acceder a los servicios de tratamiento. Este tratamiento ha de ser oportuno y ha de ser coordinado junto con los servicios especializados en infecciones. Derivado de las condiciones propias del consumo de opioides en contextos de marginalidad, también pueden darse patologías cardiovasculares y hepáticas, relacionadas con el sedentarismo, la mala alimentación o el policonsumo de drogas. En estos casos el tratamiento también ha de ser llevado a cabo junto a los servicios especialistas.

Otra condición a tener en cuenta son los casos de dolor crónico. Estos casos pueden ser frecuentes y se corre el riesgo de sobre prescribir fármacos analgésicos. El abordaje de estos casos requiere de enfoques multimodales no opioides y el establecimiento de tratamiento con OAT/OST de forma coordinada entre equipos especialistas y supervisión continua. Todas las intervenciones médicas han de estar incluidas en un mismo plan de tratamiento o, cuando menos, realizados en coordinación continua entre servicios especialistas. De este modo se consigue centralizar la atención y que el paciente deba gestionar su atención en varios servicios.

■ 3.5 Atención continua y seguimiento

Los tratamientos de trastornos por consumo de fentanilo deben abordarse como un proceso dinámico, a largo plazo y continuo. Los estándares internacionales coinciden en apuntar que la asistencia continua, más que las intervenciones puntuales, reducen el riesgo de recaídas en el consumo problemático y el riesgo de sobredosis y de mortalidad entre las personas consumidoras de estas sustancias (OMS, UNODC, 2020).

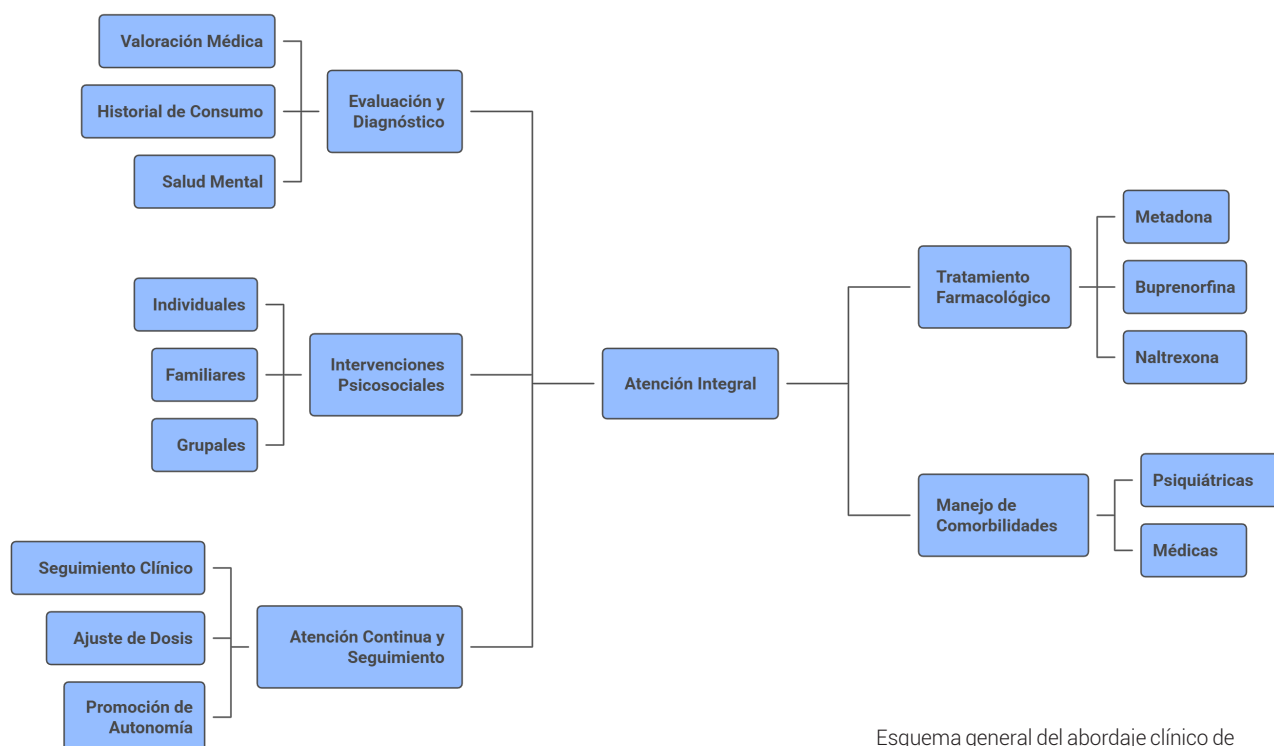
El seguimiento continuo sirve para ajustar las intervenciones a las necesidades cambiantes según el itinerario del paciente, para reforzar los vínculos terapéuticos, claves en los procesos de recuperación, y para la prevención de daños, riesgos y recaídas. Por otra parte, un seguimiento clínico sostenido facilita una transición progresiva hacia estadios o fases de menor intensidad de la asistencia hacia una mayor autonomía de la persona.

Esta etapa debe guiarse por la definición de planes individualizados desde el mismo acceso al tratamiento y deben establecerse objetivos a corto plazo, a medio plazo y de largo alcance. Este plan y estos objetivos han de estar sujetos a evaluaciones periódicas que abarquen todas las dimensiones del proceso de recuperación, desde los aspectos sanitarios y el estado emocional, hasta la situación social y comunitaria del paciente.

Otro aspecto esencial en el seguimiento del tratamiento es contar con mecanismos de contacto proactivos, incluyendo llamadas de recordatorio o visitas domiciliarias si puede darse el caso. De la misma forma, debe incluir estrategias para facilitar el acceso y la permanencia en el proceso terapéutico, así como de elementos de prevención de recaídas en el consumo tales como detección de señales de riesgo, ajuste de las dosis de OAT/OST y refresco continuo de entrenamiento en manejo de contingencias.

Los principios del seguimiento deben estar orientados, como el resto de las etapas o momentos del tratamiento, por la participación del paciente en el diseño del itinerario de recuperación y la tendencia debe ser siempre hacia la autonomía del mismo, transitando desde recursos más intensivos a menos intensivos. La recomendación es que el seguimiento activo dure un mínimo de un año incluso en abstinencia mantenida, puesto que el riesgo de recaída y mortalidad en los trastornos por uso de opioides es muy elevado, debido a la pérdida de tolerancia hacia la sustancia.

Abordaje terapéutico para trastornos por uso de fentanilo



Esquema general del abordaje clínico de los trastornos por uso de fentanilo.

4. Abordaje clínico centrado en la persona y basado en la evidencia para el tratamiento del consumo de metanfetamina

■ 4.1 Evaluación y diagnóstico

Los organismos internacionales (OMS, UNODC, SAMHSA, EUDA) recomiendan que los tratamientos por consumo de sustancias, incluidas las ETA (estimulantes de tipo anfetamínico) sean abordados desde una perspectiva integral y un enfoque biopsicosocial iniciado con una evaluación que identifique tanto los patrones de consumo y el nivel de intensidad del trastorno, así como la concurrencia de situaciones de policonsumo o el concurso de comorbilidades médicas o psiquiátricas.

En la evaluación, siguiendo un enfoque multidimensional, también deberán tenerse en cuenta los factores psicosociales y el contexto como elementos que influyen en el trastorno y en la adherencia al tratamiento correspondiente. En esta evaluación también se valorará de manera integral los riesgos, motivaciones y funcionalidad del paciente. El proceso de evaluación y diagnóstico ha de ser dinámico y continuo y se deberá actualizar en función de la evolución del paciente y su reacción al tratamiento o a los cambios vitales ocurridos.

Una evaluación clínica deberá constar de una historia detallada del consumo de metanfetamina del paciente, donde se incluya la edad de inicio, las vías de administración, la dosificación y la frecuencia de uso. También deberá detallarse los entornos y contextos de consumo, los factores facilitadores de este uso y el resto de sustancias que se consumen en los respectivos contextos.

Para determinar la severidad del trastorno pueden usarse los criterios del DSM-5 para considerar aspectos como la interferencia del consumo en la vida cotidiana, el control sobre el uso, la tolerancia o la capacidad para abstenerse. Por último, también deben evaluarse los síntomas de intoxicación aguda o de abstinencia, particularmente alteraciones de sueño, agitación, disforia, anhedonia o craving intenso.

Para una primera entrevista clínica estructurada pueden usarse herramientas como MINI 7.0 o SCID-5, que proporcionan un diagnóstico fiable y reproducible. Como se viene reproduciendo en esta guía, ese tipo de herramientas, así como los propios criterios de evaluación y diagnósticos están sujetos a una mirada interpretativa o mirada intercultural y de género. Por tanto, tener en cuenta la diversidad de las personas en tanto a sus sensibilidades, vivencias, cultura o lengua será imprescindible.

En las personas con trastornos por consumo de metanfetamina existe prevalencia de trastornos psicóticos relacionados con el uso intensivo de esta sustancia y por sus efectos más notorios, como es la falta prolongada de sueño. También se dan trastornos del estado de ánimo, ansiedad o trastornos de personalidad que en ocasiones persisten debido a las intoxicaciones causadas por la sustancia. De la misma manera, es imprescindible hacer una evaluación de riesgo suicida y comportamientos autolesivos, puesto que son recurrentes en fases de abstinencia se relacionan con la anhedonia postconsumo.

Trastornos psicóticos por uso de metanfetamina

- Es clave diferenciar los episodios psicóticos o los síntomas de otros trastornos inducidos por los efectos o post efectos del consumo de metanfetamina, de los cuadros psicóticos primarios, relacionados con el espectro de la esquizofrenia y algunos trastornos de personalidad. Los manejos y el pronóstico serán diferentes.
- Los cuadros agudos de intoxicación con metanfetamina se relacionan con muchas horas sin dormir y con una insuficiente hidratación y alimentación. En la mayoría de los casos, los síntomas psicóticos remiten o desaparecen tras el descanso apropiado y la prescripción farmacológica para aliviar síntomas.

Para la evaluación de comorbilidades es útil el uso de instrumentos específicos de valoración y diagnóstico para los diferentes trastornos como PHQ-9 para detectar trastornos de ansiedad, GAD-7 para ansiedad generalizada, PCL-5 para TEPT. Estos instrumentos recomendados por organismos internacionales como mhGAP, son autoinformes rápidos que no sustituyen un diagnóstico clínico, pero complementan la detección de comorbilidades frecuentes.

En las evaluaciones de trastornos por uso de metanfetamina es imprescindible el examen médico general para descartar complicaciones recurrentes en estos casos, especialmente los trastornos cardiovasculares, como las arritmias o la hipertensión y los problemas neurológicos, como los accidentes cerebrovasculares. También son comunes los problemas dentales en lo que se conoce como 'boca de anfetamina'. En los casos en los que se reporta consumo inyectado se deben cribar las enfermedades infecciosas (VIH, Hepatitis B y C, etc).

De forma complementaria, en los casos de trastornos por uso de metanfetamina también debe valorarse el estado de la calidad del sueño y nutricional del paciente junto con sus funciones cognitivas, recordemos una vez que el uso intensivo de esta sustancia puede implicar desajustes de todos los aspectos ordinarios del autocuidado y afectar a la funcionalidad, en ese sentido, también deberá valorarse la situación social de la persona en aspectos como su capacidad funcional, aislamiento o apoyo social disponible.

Chemsex y metanfetamina

- En los últimos años se ha dado a conocer la tendencia en ambientes de ocio sexualizado y de encuentros grupos clave como el de hombres que tienen sexo con hombres (HSH), favorecidos por las redes sociales, que consisten en el uso intensivo de drogas para practicar sexo durante muchas horas. A esta tendencia se le ha denominado chemsex (*chemical sex*) y aunque minoritaria en los ambientes homosexuales, está en aumento. En esos contextos, es habitual el sexo sin protección, la inyección de sustancias, la diversidad de parejas sexuales y, en ocasiones, las prácticas de alto riesgo (Carvalho Gomes, I. et al, 2020). Los estudios específicos sobre el fenómeno (Soriano, 2022; StopSida, 2021) ponen de relevancia los riesgos asociados a estas prácticas, tanto por las enfermedades infecciosas, como por el uso intensivo de drogas, especialmente la metanfetamina, aunque también el GHB y otras sustancias, y por el abanico de consecuencias emocionales y psicológicas que en ocasiones se asocian a esas prácticas.

Esta valoración integral de los aspectos clínicos, sociales y funcionales permite señalar necesidades médicas urgentes y diseñar itinerarios adaptados a las necesidades del paciente en cada caso, ya sea vía derivación a servicios específicos, atención ambulatoria u hospitalizaciones. Por otro lado, y en relación con esa valoración integral debe realizarse una evaluación de la motivación hacia el cambio y la motivación terapéutica y analizar los factores contextuales vinculados con las recaídas o abandonos del tratamiento como los factores de protección como los apoyos o la situación socioeconómica.

La evaluación psicosocial y centrada en la persona también ha de atender a las situaciones de vulnerabilidad social y de criminalización y estigma relacionada con el uso de drogas y adaptar las respuestas a las necesidades de la persona según su contexto y su marco cultural. La participación del paciente en la definición de sus objetivos y en el diseño de su itinerario terapéutico y la coordinación entre los diferentes servicios será clave para garantizar agilizar el acceso al tratamiento y su adherencia.

■ 4.2 Tratamiento farmacológico

Aunque no existen fármacos aprobados para tratar de forma específica los trastornos por uso de estimulantes de tipo anfetamínico, como la metanfetamina, que funcionen con la misma eficacia que los tratamientos OAT/OST, los estándares internacionales reconocen el uso de fármacos en la intervención en esta clase de sustancias (ASAM, 2024; mhGAP, 2023).

En primer lugar, existe tratamiento farmacológico específico para tratar los síntomas de la fase aguda del consumo intensivo de metanfetamina, como son las intoxicaciones y el síndrome de abstinencia. Por otro lado, se sigue investigando, con resultados moderados, en torno al uso de fármacos como coadyuvantes para tratar la dependencia a la metanfetamina y los síntomas de *craving* relacionados.

En todos los casos, los tratamientos farmacológicos deben estar centrados en la persona, deben ser individualizados contando con la participación y voluntariedad del paciente y deben estar coordinados de forma interdisciplinar. La atención debe ser integral e incluir la dimensión médica, la psiquiátrica, la psicológica y la psicosocial.

La fase aguda del uso intensivo de metanfetamina o el consumo de grandes dosis, cuando se relaciona con intoxicación, puede incluir episodios psicóticos o convulsivos e hipertermia. En esa fase es necesario tomar medidas de intervención física tales como el control de la temperatura, la monitorización cardíaca e hidratación para controlar la hipertermia.

Para los episodios psicóticos o convulsivos se recomienda el uso de benzodiacepinas como primera opción, para tratar la hiperactividad simpática, la ansiedad y la agitación. En caso de persistir, se debe valorar el uso de antipsicóticos atípicos como olanzapina, quetiapina o risperidona.

Una vez superado el episodio de intoxicación aguda se debe valorar el manejo de los síndromes de abstinencia y los efectos secundarios de la metanfetamina. Estos pueden cursar con síntomas tales como la disforia, la irritabilidad, la ansiedad, la anhedonia, la hipersomnia e incluso la ideación suicida y el *craving* intenso. En estos casos es necesaria una evaluación psiquiátrica urgente.

El tratamiento de la fase aguda persigue la estabilización del paciente, garantizando su seguridad. Del mismo modo, estas intervenciones tratan de prevenir complicaciones médicas y psiquiátricas y se suelen producir en servicios de atención primaria como servicios de urgencias médicas y psiquiátricas.

Cabe destacar que parte de los episodios agudos con alta profusión de síntomas positivos de psicosis remiten a las horas o pocos días después del episodio, ya que en gran medida se relacionan con el desgaste y el estrés al que se somete al cuerpo y a la mente en sesiones muy prolongadas de consumo sin descanso, sin sueño, ni hidratación o ingesta de alimentos adecuada.

A medio y largo plazo, los tratamientos de los trastornos por uso de metanfetamina se centran en las intervenciones psicosociales integrales, donde se integra la recuperación física, psicológica y comunitaria del paciente. Sin embargo, también se explora la vía farmacológica con buenos resultados para la reducción del *craving* y la prevención de recaídas, siempre integrado con intervenciones psicosociales estructuradas.

Los fármacos con evidencia moderada son el bupropión con naltrexona en entornos clínicos y controlados (ADAPT-2) que mostró una reducción significativa del consumo de metanfetamina, la mirtazapina también demostró una reducción del consumo y de las conductas sexuales en estudios realizados en contextos de sexo entre hombres. El topiramato ha mostrado reducciones en el *craving* y en los síntomas de abstinencia.

La otra línea de investigación se refiere a los fármacos psicoestimulantes que funcionarían como terapias agonistas con estimulantes. Los fármacos más estudiados en esta línea son la lisdexanfetamina y el metilfenidato. Se ha evaluado su uso como agonistas sustitutos en dosis controladas para evitar o reducir el consumo de metanfetamina, mejorar la adherencia a los tratamientos y ayudar en el proceso hacia la abstinencia.

Este tipo de abordajes todavía están en fase experimental. Aunque sus resultados son prometedores en la mejora de la adherencia y retención, en la actualidad solamente se están usando en contextos clínicos especializados y no están aprobados como tratamientos estándar (EUDA, 2023, Minarik, 2023).

En líneas generales, los abordajes farmacológicos deben administrarse tras una evaluación médica y psiquiátrica exhaustiva y su uso debe ser limitado en las fases agudas, incidiendo solamente en los síntomas específicos, como la agitación, el insomnio, la ansiedad o los episodios psicóticos.

Del mismo modo, es básica la monitorización de la evolución clínica del paciente efectuando reevaluaciones frecuentes en función de la sintomatología, atendiendo a la adherencia y a los efectos adversos. En ese sentido, será necesario un planteamiento interdisciplinario y centrado en la persona, incluyéndolas en las decisiones sobre su proceso.

■ 4.3 Intervenciones psicosociales

En línea con los estándares internacionales y siguiendo las recomendaciones de la OMS y de la UNODC entre otras agencias, se considera que las intervenciones psicosociales son el abordaje central de los tratamientos de los trastornos por uso de metanfetamina. Estas intervenciones basadas en la evidencia y centradas en la persona, han de articularse en programas estructurados, individualizados y de alta intensidad y son los que mayor eficacia han demostrado para la recuperación de las personas, reduciendo recaídas en el consumo y favoreciendo su reinserción social.

Las intervenciones psicosociales han de ser flexibles y adaptadas al contexto de cada paciente y deben tener un carácter multidimensional que trabaje todos los aspectos relativos a las dificultades que atraviesa la persona. Para ello es imprescindible contar con la participación de la persona en la decisión de objetivos terapéuticos y atender tanto a su situación social, como a sus comorbilidades. Este tipo de intervenciones se desarrollarán en entornos ambulatorios intensivos o en unidades residenciales especializadas y se implementan tanto de forma individual, como grupal, familiar y comunitaria en coordinación con los servicios, equipos profesionales y entidades que corresponda y de forma continua, es decir prolongada en el tiempo que dure el tratamiento.

Los modelos de intervención de los que se derivan los programas de tratamiento con mayor efectividad cuando se aplican de forma intensiva son el modelo Matrix y el CRA (aproximación de refuerzo comunitario), ambos modelos están desarrollados en el punto 2.1 de esta guía como ejemplos de buenas prácticas basadas en la evidencia y centradas en la persona. En resumen, el modelo Matrix combina TCC, psicoeducación, entrenamiento en la prevención de recaídas y terapia familiar y grupal. Este modelo tiene una duración de 16 semanas o más en tres o cuatro sesiones por semana, ha demostrado su eficacia para reducir el consumo y reducir conductas de riesgo, aparte de mejorar la retención al tratamiento.

Entrenamiento para la prevención de recaídas

- El entrenamiento para la prevención de recaídas (RPT en inglés) se ha consolidado como una de las intervenciones psicosociales más relevantes en protocolos clínicos integrales y programas de tratamiento de los trastornos por uso de sustancias basados en la evidencia (NIDA, 2020; OMS, UNODC, 2020). Este enfoque surgido en Estados Unidos en los años ochenta, combina estrategias de las terapias cognitivo-conductuales buscando fortalecer las habilidades de identificación y afrontamiento de las situaciones de riesgo que pueden desembocar en recaídas y reestructurar creencias disfuncionales asociadas al consumo. El modelo está basado en la enseñanza de reconocimiento de señales de vulnerabilidad ante recaídas, técnicas de autocontrol y gestión de lapsos para prevenir recaídas completas.
- Estas técnicas tienen un papel clave para la adherencia a los tratamientos y la consolidación de los cambios producidos en los abordajes psicosociales de los consumos de metanfetamina o fentanilo y se articulan con las intervenciones motivacionales, el apoyo comunitario y familiar y la reducción de daños.

Por su parte, el modelo CRA propone intervenir en la conducta mediante el refuerzo de actividades alternativas al consumo que supongan un aliciente y una gratificación para el paciente, a la vez que se entrenan las habilidades y potencialidades del paciente tanto a nivel social como laboral. En estos programas el involucramiento de las familias, el entorno y la comunidad en el tratamiento es imprescindible. Este modelo ha resultado ser eficaz en la promoción de la abstinencia y la reinserción comunitaria de personas consumidoras de metanfetamina, sobre todo cuando partían de una situación de aislamiento motivada por las dinámicas de uso intensivo.

Paralelamente, el sistema de Manejo de Contingencias es una herramienta que se aplica mediante incentivos conductuales, como recompensas simbólicas o *vouchers*, por conductas marcadas como deseadas en el tratamiento y establecidas conjuntamente entre paciente y terapeuta, tales como la asistencia y participación en las terapias, la evitación de dinámicas significadas negativamente o logros. Esta herramienta tiene una alta evidencia de eficacia en los tratamientos de los trastornos por metanfetamina, puesto que su meta es reducir la impulsividad y controlar comportamientos adquiridos relacionados con el consumo, esta herramienta es especialmente útil e indicada en combinación con los programas tipo Matrix o CRA.

Las **intervenciones individuales** basadas en la evidencia más usadas en los tratamientos de los trastornos por consumo de metanfetamina son en primer lugar las **terapias cognitivo-conductual (TCC)** al trabajar sobre los patrones de pensamiento no funcionales, incidir en el control de impulsos y manejo de situaciones adversas y desencadenantes de consumo.

La **Entrevista motivacional** como herramienta eficaz ante la baja motivación al cambio y en fases iniciales, es útil para trabajar la disposición hacia el cambio y la adherencia al tratamiento. Pueden ser breves y frecuentes y mantenerse de forma periódica.

Las **terapias de regulación emocional y de manejo del estrés**, adaptadas a las características típicas de los trastornos por consumo de metanfetamina cuando incluyen disforias postconsumo o elementos de trauma son elementos útiles para trabajar la estabilidad emocional, elemento clave en este tipo de trastornos. Por último, las **intervenciones breves tipo SBIRT**, también están indicadas en momentos iniciales o en situaciones de consumo de riesgo, puesto que sirven para indicar derivación a tratamientos intensivos. Estas herramientas deben mantenerse y adaptarse en intensidad según la evolución que presente el paciente en las diferentes áreas.

Las intervenciones familiares indicadas para los trastornos por uso de metanfetamina también están descritas en el punto 2.1 como buenas prácticas con evidencia y basadas en la persona. Las **terapias familiares multidimensionales (MDFT)** o las **terapias familiares sistémicas** favorecen la cohesión del paciente con su entorno más inmediato y refuerza los elementos de apoyo del mismo. La MDFT está especialmente indicada en adolescentes y jóvenes puesto que incide más allá del núcleo familiar del paciente en su ámbito escolar y comunitario.

El núcleo de estas terapias es la implicación del entorno de los pacientes como factor de protección. En este sentido la psicoeducación de los miembros implicados y la orientación hacia su comprensión de los procesos de los TUS, refuerza los vínculos en las unidades familiares o en los entornos de los pacientes. La inclusión de estos actores refuerza la adherencia y ayuda en la recuperación integral. A nivel grupal, la eficacia de los **grupos de apoyo mutuo** entre pares ayuda a la construcción de relatos comunes y favorecen un sentido de pertenencia, mientras que las **terapias grupales estructuradas** permiten entrenar habilidades sociales y compartir experiencias en entornos seguros.

Como veremos con mayor atención en el punto 5 de la Guía, las intervenciones comunitarias son esenciales sobre todo en las últimas fases de los tratamientos como forma de romper el aislamiento producido por las dinámicas de consumo propias del uso de metanfetamina y reincorporarse a la vida social. Por lo tanto, contar con la coordinación y vínculo con recursos laborales, de protección social, de garantía de vivienda o educativos, deportivos y de ocio es uno de los factores claves en la restitución del sentido de pertenencia social y de recuperación holística de la persona.

En términos generales, todas estas intervenciones deben implementarse de forma paralela según el itinerario planteado, asegurando una mayor intensidad y frecuencia en las primeras etapas del tratamiento y tendiendo hacia la disminución en función de la progresión del paciente. La coordinación entre servicios profesionales asegurando cubrir todos los ámbitos de atención y realizar evaluaciones continuas de los progresos y el bienestar de la persona, así como adaptar los itinerarios, expectativas y metas según el contexto cultural y preferencias de la persona, son claves para el éxito del proceso de recuperación y del tratamiento.

■ 4.4 Manejo de comorbilidades

En el caso de los trastornos por uso de metanfetamina, el manejo de las comorbilidades es un aspecto esencial del tratamiento. La alta prevalencia de trastornos mentales, problemas neurocognitivos y enfermedades crónicas o transmisibles que presentan las personas con este trastorno, indica que el tratamiento de estas personas debe ser simultáneo, coordinado entre especialistas (multidisciplinar) e integral. Los modelos fragmentados de atención se relacionan con menor eficacia clínica y mayor abandono de los tratamientos (OMS, UNODC, 2020).

Como apuntábamos en el punto 4.1 de la guía, las comorbilidades psiquiátricas más frecuentes son:

- **Trastornos psicóticos inducidos por el uso de metanfetamina:** los síntomas psicóticos en casos de consumo de altas dosis, intoxicaciones o en consumidores intensivos crónicos son frecuentes. Estos síntomas pueden ser iguales que los de los trastornos psicóticos primarios, aunque de recurrentemente disminuyen o desaparecen con descanso y tras eliminar la sustancia del cuerpo.

En estos casos es necesaria una evaluación completa en salud mental y se indican benzodiacepinas para reducir sintomatología y antipsicóticos en los casos más agudos. El seguimiento y la reevaluación ha de ser continua, así como la revisión de la medicación, tanto ante la remisión de los síntomas como por el riesgo de cronificación.

- **Trastornos del estado de ánimo y ansiedad:** así como los síntomas psicóticos son propios en las fases agudas de una intoxicación por consumo de altas dosis de metanfetamina, en esos casos, los efectos secundarios pueden cursar con depresión, anhedonia, ansiedad generalizada, disforia, o crisis de pánico.

En estos episodios debe valorarse la duración de los síntomas y puede ser útil usar una evaluación sistemática con herramientas validadas (MINI, CIDI o escala de Hamilton para ansiedad), que serán revisadas según los resultados. En los casos persistentes debe contemplarse el tratamiento con antidepresivos integrados como parte del plan terapéutico.

- **Trastornos de la personalidad, TEPT** (trastorno por estrés postraumático) y **trauma complejo:** son más frecuentes en personas (mujeres y personas de sexo fluido en la mayoría de ocasiones) que hayan sufrido violencias y/o vivencias de exclusión social y marginalidad. En estos casos los abordajes deben contar con perspectivas TIC (atención informada por el trauma) y PIE (entornos psicológicamente informados) donde se garanticen entornos seguros y estabilidad. El tratamiento recomendado para estos casos es la TCC y DBT (terapias Dialéctico-Conductual), adaptadas específicamente a la concurrencia con TUS y a los contextos de cada persona. Recientemente, los enfoques basados en EMDR están obteniendo buenos resultados clínicos.

Manejo diferenciado en población vulnerable

- Se ha demostrado fundamental tomar en consideración la diversidad de género, la orientación sexual y las experiencias específicas de mujeres y población LGTBI en el manejo de las comorbilidades de las personas con trastornos por uso de sustancias. Los estudios demuestran que estas poblaciones tienen mayor prevalencia de trauma complejo, trastornos de personalidad y TEPT, asociados a experiencias de discriminación y violencia (The Trevor Project, 2024; Velez, B., Zelaya, D., & Scheer, J., 2021) por lo tanto, es esencial adoptar enfoques sensibles al género y a la diversidad en marcos TIC y PIE, garantizando espacios seguros, evitando la revictimización y la estabilidad emocional (UNODC, 2020).
- En relación con las mujeres, es prioritario trabajar mediante la incorporación de la salud sexual y reproductiva, la protección ante la violencia de género y el fortalecimiento de redes de apoyo comunitario y familiar (SAMHSA, 2015). Las intervenciones con población LGTBI deben contar con protocolos adaptados cultural y lingüísticamente en intervenciones que reduzcan el estigma.

Las comorbilidades neurocognitivas tienen que ver con el deterioro cognitivo de leve a moderado, afectando a funciones como la memoria de trabajo, la atención o las funciones ejecutivas. Estas afectaciones se asocian a los usos intensos y prolongados y se relacionan a la baja adherencia en el tratamiento. En las evaluaciones de comorbilidades, organismos como el mhGAP recomiendan usar herramientas como el MoCA (*Montreal Cognitive Assessment*) como prueba rápida de evaluación neurocognitiva para detectar deterioro cognitivo. Ante resultados positivos se debe adaptar el formato de las intervenciones y su intensidad, ajustándola a las necesidades del paciente.

Las comorbilidades físicas más frecuentes son en primer lugar las cardiovasculares como la hipertensión, las arritmias, los infartos de miocardio o la miocardiopatía dilatada inducida por el uso intensivo de estimulantes, por lo que se recomienda la evaluación cardiológica y su seguimiento. Por otro lado, las infecciones transmisibles tipo VIH, sífilis o Hepatitis B o C, pueden ser frecuentes entre personas que se inyectan drogas y en personas que practican actividades de ocio sexualizado tipo chemsex. En ese sentido es clave un cribado inicial mediante pruebas y exámenes completos y la derivación a los servicios especializados en casos de resultados positivos.

También son relevantes los trastornos dermatológicos, como las lesiones cutáneas por rascado compulsivo y lesiones derivadas de la inyección en malas condiciones higiénicas y dentales, como caries, periodontitis graves y pérdida de piezas, relacionado con el déficit de hidratación y de higiene bucal. En estos casos es clave la atención dermatológica y odontológica. Esta última es especialmente delicada por una cuestión de autoimagen. Los tratamientos integrales deben valorar tratar estas dolencias.

Por último, otros trastornos frecuentes son los relacionados con el sueño, la desnutrición o la fatiga crónica. Estos trastornos se asocian a las dinámicas propias del consumo crónico e intensivo de metanfetamina.

En definitiva, en el manejo de comorbilidades es clave incluir los componentes médicos como parte del tratamiento integral hacia la recuperación de la persona y evitar enfocar estas dolencias, trastornos o patologías de forma aislada o paralela. De forma inicial el cribado de patologías ha de ser sistemático y hacer seguimientos periódicos y contar con equipos interdisciplinarios para la intervención específica sobre cada trastorno. Los abordajes integrados, centrados en la persona, sensibles al trauma, que cuentan con la participación de la persona, mejoran la retención, reducen las recaídas y repercuten en el bienestar y en los procesos de recuperación de calidad de vida del paciente (OMS, UNODC, 2020; mhGAP, 2023).

■ 4.5 Atención continua y seguimiento

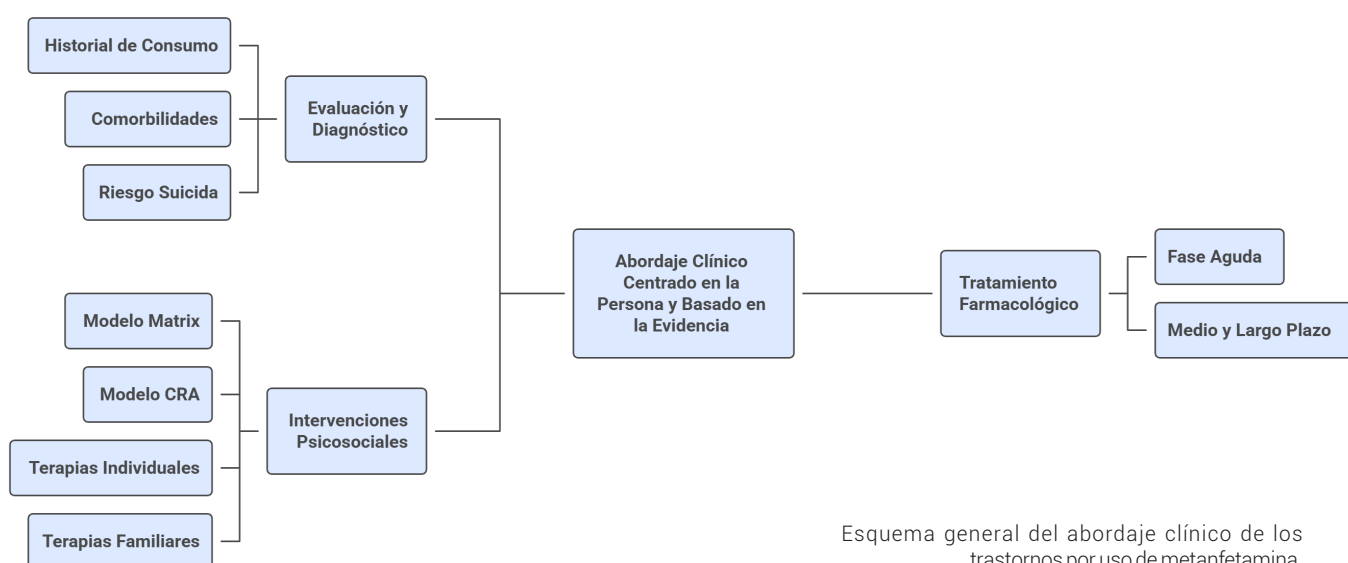
Para mantener los avances y logros terapéuticos, evitar recaídas y avanzar en la recuperación e inclusión social a largo plazo, es imprescindible sostener la atención continua y el seguimiento de los casos de pacientes con trastornos por uso de metanfetamina. El seguimiento intensivo, flexible, prolongado del apoyo clínico, comunitario y psicosocial está especialmente indicado en estos trastornos debido a la alta impulsividad y las altas tasas de abandono y de recaídas en estos pacientes, en ese sentido la continuidad de las terapias cognitivo-conductuales serán clave para la contención de factores que puedan propiciar recaídas. Los tratamientos de trastornos por uso de metanfetamina deben entenderse como un proceso que debe contar con una monitorización periódica, mantenimiento prolongado y la planificación de reingresos, si es necesario (OMS, UNODC, 2020).

El seguimiento ha de contar con diferentes componentes y fases flexibles y adaptadas a la evolución del paciente. Debe diseñarse un plan individualizado con inicio en alta terapéutica con unos objetivos definidos por el paciente con apoyo profesional, las sesiones de seguimiento deben ser regulares para detectar signos de recaídas y prevenirlas, ajustando el plan de seguimiento si es necesario. Otro factor esencial es el refuerzo de las redes de apoyo, contando con los grupos de apoyo mutuo, de pares expertos y actividades comunitarias, paralelamente al soporte social y ocupacional, tales como apoyo con la situación de vivienda, si es necesario, programas de inserción y formación laboral coordinados con programas de protección social.

Más allá del seguimiento de la situación social y de la recuperación del paciente, el seguimiento debe monitorizar de forma clínica y funcional el estado de la persona más allá del alta, evaluando de forma continua la salud física y mental, con especial atención en los casos de comorbilidades o condiciones médicas o de salud mental crónicas, ello incluye el cribado periódico de infecciones transmisibles. Por último, realizar evaluaciones funcionales para orientar y apoyar en la inclusión social, atendiendo a aspectos como la autonomía o el desempeño en las actividades de la vida diaria y laborales o educativas. Estas estrategias de gestión y seguimiento de estos casos están recomendadas por organismos como EUDA o SAMHSA, como medidas para la recuperación integral y el acompañamiento hacia el bienestar de la persona.

En síntesis, la atención continua ha de diseñarse desde el inicio del tratamiento y el apoyo ha de durar un mínimo de un año tras la alta terapéutica en función de la evolución global del paciente. El seguimiento debe ser integrado incluyendo el abanico que supone el enfoque biopsicosocial de forma coordinada con los servicios correspondientes y tiene que incluir indicadores centrados en la persona desde una perspectiva no coercitiva y sensible al trauma. Por último, en previsión de recaídas, se debe ofrecer garantía sobre el derecho a reingresos rápidos.

Abordaje clínico centrado en la persona y basado en la evidencia para el tratamiento del consumo de metanfetamina



5. Abordaje comunitario de los consumos de fentanilo y metanfetamina

Las respuestas comunitarias a los problemas de salud mental, especialmente los abordajes de los trastornos por uso de sustancias son esenciales en la respuesta integral hacia la recuperación de las personas que los padecen. El impacto que suponen los TUS, asociados con aislamiento social, desconexión de la participación de las dinámicas sociales y estigma de la condición de consumidor/a de drogas, implica que los procesos de recuperación y de reintegración deban comprenderse desde un prisma que va más allá de la individualidad del paciente y se proponga reparar sus vínculos y el encaje de la persona en su entorno, como parte fundamental de su salud y de su bienestar.

El abordaje comunitario debe establecerse desde intervenciones basadas en la evidencia con estrategias de salud pública formales incidiendo en los determinantes sociales y estructurales del consumo y de los factores de marginalidad y aislamiento a los que se exponen los consumidores, propiciando la cohesión y la revinculación comunitaria como entorno de protección y de acompañamiento. Las estrategias comunitarias deben estar adaptadas a cada contexto, integrando los saberes y estructuras comunitarias preexistentes y las formas de cuidado y cosmovisiones de los pueblos originarios cuando el contexto lo indique.

■ 5.1 Estrategias de salud mental comunitaria

Las estrategias de salud mental comunitaria, enfocadas en la recuperación de las personas con consumo problemático de sustancias, resaltan su sentido en la era del fentanilo y de la metanfetamina. Si bien el alcoholismo y los consumos de otras sustancias con altas prevalencias en los territorios vienen impactando en las comunidades de forma decisiva, la llegada de estas sustancias supone un reto tanto para los profesionales como para los entornos y comunidades afectadas. Por un lado, el fentanilo se asocia con mayores índices de sobredosis que otros opioides y la metanfetamina se relaciona con problemas de salud mental, sobre todo en ámbitos desfavorecidos y marcados por la violencia estructural.

En este sentido, los enfoques comunitarios deben partir del desarrollo y capacitación de equipos interdisciplinarios formados en salud mental y especialistas en intervención con personas que usan drogas. Su trabajo debe abordarse de forma territorial y debe integrar intervenciones de prevención, detección temprana, atención ambulatoria y seguimientos post tratamientos. Estos servicios han de integrarse como elemento de referencia en los casos de consumo problemático, interviniendo tanto con las personas afectadas y sus familias, como sirviendo de coordinadora y enlace con el resto de los servicios y agentes comunitarios.

Los modelos integrados como ECO² son un ejemplo clave de intervención comunitaria. Desde este enfoque se promueve un abordaje ecosistémico, el trabajo en red correponsabilizando a los servicios implicados, la comunidad y a las personas afectadas y sus familias (Machín, 2010). Otros modelos como *Communities that Cares* se centran en la identificación de factores de riesgos y de protección implicando a la comunidad (servicios sanitarios, educativos o de seguridad y ocio) junto a las familias y personas afectadas en la implementación de programas preventivos de conductas de riesgo.

Modelo ECO²

- ECO² recibe su nombre de la Epistemología de la Complejidad y la Ética comunitaria. Este enfoque de intervención psicosocial incide especialmente en las situaciones de consumo problemático y de trastornos relacionados con el uso de sustancias desde un abordaje territorial, comunitaria y relacional. El modelo aboga por la integración y el trabajo en red entre redes locales de apoyo, agentes pares y servicios sociosanitarios para reducir daños, promover la inclusión social y fortalecer los vínculos comunitarios como elemento de protección y de salud. En enfoque incide en la flexibilidad de las intervenciones y la adaptación e imbricación en los sistemas culturales de los entornos de las personas (Machín, 2010).

Modelo *Communities That Cares* (CTC)

- Es un modelo de prevención comunitaria que apoya a las comunidades locales a identificar los factores de riesgo y protección con relación a los problemas relacionados con el consumo de sustancias y a diseñar e implementar programas de prevención.
- Este enfoque resalta y refuerza el capital social de la comunidad, implicando a los diversos agentes y actores comunitarios para reducir las conductas de riesgo, especialmente en jóvenes y adolescentes (EUDA, 2017).

Desde el enfoque europeo, la EMCDDA (actualmente EUDA) propone que sean los municipios y las comunidades quienes diseñen los planes locales de drogas basados en diagnósticos comunitarios y adaptando los servicios y programas a implementar a las realidades de la comunidad. En Latinoamérica, enfoques como ECO² plantean la articulación de equipos territoriales interdisciplinarios y mixtos (profesionales de la salud y del trabajo social, junto a pares y figuras destacadas de la comunidad) que actúen de forma integrada, para reducir barreras de acceso e integrar y adaptar los servicios a las necesidades de la comunidad. El enfoque ECO² es especialmente eficaz en entornos desfavorecidos.

Ambos enfoques proponen integrar la reducción de daños como parte integral de la intervención, contando con puntos móviles de atención de bajo umbral, programas de naloxona comunitaria y educación en autocuidado. Las intervenciones comunitarias están especialmente indicadas en entornos desfavorecidos donde existen barreras de acceso a servicios de atención de forma normalizada, sin embargo, este tipo de enfoques son válidos en otros contextos puesto que la incidencia en resignificar la vida comunitaria y acabar con el aislamiento de las personas afectadas por trastornos por usos de sustancias favorece la recuperación integral sea cual sea el contexto.

■ 5.2 Vinculación con servicios y redes locales

En los enfoques comunitarios la coordinación entre los dispositivos de salud, los servicios sociales, de empleo, educación o vivienda y de seguridad y justicia es fundamental y debe contar con mecanismos y protocolos de derivación ágiles y funcionales. Del mismo modo, las redes comunitarias informales y sus diferentes agentes, como familias, grupos vecinales o colectivos sociales, deben ser tenidas en cuenta y promover los vínculos en espacios comunes y actividades compartidas. Estos vínculos entre servicios y agentes comunitarios pueden articularse estableciendo mesas de coordinación interinstitucional comunitaria con capacidad para el diseño e implementación de programas locales.

Especialmente en los entornos desfavorecidos, la identificación de agentes de referencia pertenecientes a la comunidad que sirvan de enlace entre las personas afectadas y los servicios, informando y acompañando en tanto en el acceso como durante los procesos terapéuticos, es útil para reducir barreras.

Pueblos indígenas y cuidado comunitario

- En diversos países del mundo (Australia, Canadá, Estados Unidos y otros tantos de Latinoamérica) se dan experiencias donde los pueblos ancestrales se enfrentan al impacto del consumo problemático de drogas y las propias comunidades se organizan para establecer programas de recuperación y de revinculación de las personas afectadas, según sus propios saberes, con sus marcos culturales e integrando a los servicios sociales y sanitarios en los cuidados.
- Las características de estos enfoques incluyen el liderazgo comunitario por parte de asambleas, comités y autoridades locales (la figura de los Ancianos) quienes participan activamente en el diseño, implementación y evaluación de los programas. Recogen las prácticas culturales y espirituales en los procesos de tratamiento, con ceremonias y terapias tradicionales, círculos de palabra y vinculación con las actividades tradicionales y con la tierra. Ponen en relevancia el papel de los agentes locales de confianza, sabias, curanderos, parteras y promotores locales como acompañantes. Prevén la adaptación lingüística, simbólica y cultural creando entornos culturalmente seguros y de respeto a las cosmovisiones y valores propios. Estos enfoques se centran en el fortalecimiento de los vínculos sociales y la reconstrucción de las redes comunitarias como parte integral del bienestar de las personas y de la propia comunidad (Camille Zolopa, S. L, et al.,2025).

■ 5.3 Programas de acompañamiento comunitario

Los programas de acompañamiento comunitario más destacados consisten en el trabajo en la calle (programas *outreach*) y de pares, ello supone el contacto directo en el contexto y territorio donde se encuentran las personas que usan drogas. El objetivo de estos programas es favorecer el acceso a los servicios y trabajar la confianza en las instituciones prestadoras de servicio y en el autocuidado de las personas.

Modelo Merseyside, Liverpool (Reino Unido)

- En los años ochenta del pasado siglo, en Liverpool había una alta prevalencia de consumo de heroína y de VIH en contextos desfavorecidos. Parte de los equipos sanitarios de la ciudad diseñaron una respuesta de emergencia para hacer frente a los problemas de salud de aquellas personas que no estaban accediendo a los servicios sanitarios. Establecieron el trabajo de calle, acercando los servicios o dispositivos sanitarios a los contextos donde estaban las personas afectadas, desde un enfoque de medicina comunitaria y accesible, proveyendo de atención primaria, educación sanitaria y reducción de daños en contextos no clínicos. Este trabajo fue posible gracias a la participación y coordinación de los diferentes servicios y agentes comunitarios (Stimson, G.V., 1995).

Otra estrategia básica de este tipo de programas son los dispositivos de baja exigencia o de bajo umbral, tanto fijos como móviles donde se ofrece atención médica básica, apoyo y *counseling* sanitario y psicosocial, material de reducción de daños, acceso a derivaciones si es preciso y alimentación e higiene. Incluir la seguridad alimentaria es básico en los contextos de alta vulnerabilidad. En estos servicios no se exige abstinencia y es una forma de acercarse a personas en situación de exclusión, marcadas por la desconfianza hacia los servicios motivada por el estigma social y el estigma internalizado.

Dentro del acompañamiento comunitario, se contempla la **movilización comunitaria**, entendida como el proceso mediante el cual los actores locales y las entidades proveedoras de servicios identifican conjuntamente problemas o metas comunes, movilizan los recursos disponibles y aplican estrategias coordinadas y efectivas para alcanzar los objetivos establecidos. **La evaluación continua de estos procesos** resulta clave para identificar barreras, fortalecer capacidades locales y consolidar los programas desde un enfoque de mejora continua.

Estos procesos deben sustentarse en el principio de **empoderamiento comunitario**, entendido como la capacidad de las comunidades para actuar colectivamente en la consecución de metas definidas por ellas mismas. **La potenciación de la comunidad** implica activar y poner en valor sus propios sistemas de cuidado, su cohesión social y sus valores compartidos, favoreciendo la participación activa y el sentido de pertenencia.

Entendido como parte del proceso de recuperación integral de las personas afectadas por trastornos por uso de sustancias, se promueve la inclusión progresiva y la protección social mediante su integración en las redes locales de apoyo. Estas redes pueden incorporar programas de empleabilidad, formación laboral y emprendimiento para la generación sostenible de ingresos. Existen experiencias internacionales de programas de [microcréditos](#) en contextos desfavorecidos y rurales que puede ser útil estudiar y adaptar a las necesidades locales.

En estos programas es básico el reconocimiento y financiación de las iniciativas de base comunitaria y de las organizaciones de base comunitaria de personas que usan drogas, así como su participación en los diseños y en la toma de decisiones.

En el acompañamiento comunitario también juega un papel importante los sistemas de cuidado basados en los saberes tradicionales y en las estructuras propias de las comunidades indígenas. En esos contextos la atención no se detiene en una primera fase de detección y de desintoxicación, sino que comprende todo el proceso de reintegración en los espacios comunitarios y de salud integral.

■ 5.4 Prevención en contextos escolares, laborales y familiares

Por último, la prevención comunitaria debe ser un elemento antecedente a las propuestas de tratamiento, centrada en los contextos escolares, laborales y familiares. Debe velar por la integración de todas las intervenciones comunitarias tempranas, combinando la detección en los centros escolares, el apoyo familiar y los programas preventivos en los centros de trabajo según condiciones específicas del sector laboral.

En la escuela los programas preventivos indicados deben ser tanto universales, como selectivos. Deben contar con la participación de los jóvenes y debe evitar perspectivas exclusivamente basadas en la abstención del consumo proponiendo mensajes e intervenciones ajustados a la realidad del contexto. En los mismos programas debe caber el contenido de entrenamiento de habilidades para la vida e intervenciones educativas entre pares.

En los entornos laborales es básico incluir acciones y actividades formativas dirigidas a la prevención del consumo de sustancias y a la promoción de buenos hábitos de salud, enfocadas en la salud mental y adaptadas a las condiciones laborales y contextos de trabajo según sector y ocupación.

En el entorno familiar se debe trabajar en el refuerzo de los factores protectores basados en los vínculos afectivos y en la resolución de conflictos. Figuras de *counselling* familiar para casos de consumo problemático dentro de los núcleos familiares, especialmente entre jóvenes, suelen ser eficaces puesto que inciden en las habilidades comunicativas y ofrecen información basada en evidencia, reduciendo la incomprensión y la angustia.

6. Herramientas técnicas y operativas

■ 6.1 Protocolos clínicos

Los estándares internacionales que guían los principios rectores en los tratamientos establecen que los protocolos clínicos para los TUS deben construirse sobre unos principios rectores (OMS, UNODC, 2020):

- Un enfoque biopsicosocial y centrado en la persona.
- Con atención escalonada según niveles de complejidad.
- Integrando el ámbito médico con el psicológico y el social.
- Garantizando la continuidad asistencial.
- Asegurando la garantía mediante la evaluación continua y la auditoría clínica.
- Respetando los derechos humanos y velando por reducir el estigma y la coerción.

Estos principios deben estar presentes en todas las secciones del protocolo, desde los triajes, la evaluación diagnóstica, los planes de tratamiento individualizados, el tratamiento farmacológico, si aplica, las intervenciones psicosociales o el manejo de comorbilidades, hasta en los planes de crisis y prevención de recaídas, derivaciones y seguimientos de atención continua.

Por otra parte, el mgGAP (2023) establece la necesidad del diseño de protocolos que puedan ser implementados por personal no especialista en casos de intoxicación, síndromes de abstinencia o síntomas transitorios relacionados con los TUS (ansiedad, cuadros depresivos o psicóticos). Estas acciones deben ser recogidas en cajas de herramientas por niveles de atención (cribado, evaluaciones breves, intervenciones breves y derivaciones) (mhGAP, 2023).

Protocolo clínico (por fases)

1. Evaluación y diagnóstico

Los protocolos han de contar con instrumentos estandarizados que permitan la comparabilidad de los resultados de la práctica clínica. Los instrumentos han de ser sencillos, breves y repetibles (OMS, UNODC, 2020; mhGAP2023). Deben usarse para el tamizaje de sustancias (ASSIST), para los diagnósticos de TUS (MINI7.0 o SCID-5), para la evaluación de síntomas de comorbilidad (PHQ-9, GAD-7, PCL-5), para el cribado neurocognitivo, especialmente en los TUS por metanfetamina (MoCA) y marcadores de funcionalidad como WHQOL-BREF.

En la evaluación se contempla el uso de la entrevista motivacional breve y se empieza a trabajar el vínculo terapéutico con abordajes marcados por una atención centrada en la persona y en la evidencia. La adaptación cultural, y lingüística si es necesario, de los instrumentos y las valoraciones fruto de las primeras entrevistas, también han de tener en cuenta la diversidad cultural del paciente, evitando homogeneizar los casos.

2. A) Protocolos específicos para TUS por consumo de fentanilo

Según los estándares internacionales descritos por organismos como la OMS, la UNODC, SAMHSA y EUDA, la terapia farmacológica con agonistas opioides (OAT/OST) es considerada de primera línea como tratamiento para los TUS por opioides en general y para fentanilo en particular. Como vimos en el punto 3.2, la metadona, la buprenorfina sola o combinada con naloxona y la naltrexona en casos seleccionados e indicados, son los fármacos más habituales. En el mismo punto se ahonda sobre las particularidades de los OAT/OST en los casos de consumo problemático y trastornos relacionados con fentanilo.

Conviene incidir en las medidas complementarias de las terapias farmacológicas para el tratamiento de los TUS por fentanilo: estas son los programas de naloxona *take-home*, la dispensación supervisada y *take-home* escalonado de OAT/OST según evolución del paciente y la integración de estas terapias con medidas de reducción de daños y la coordinación con servicios sociales.

El horizonte de tratamientos asistidos con heroína para pacientes refractarios a los OST/OAT en dispositivos especializados es una cuestión para valorar desde las políticas de drogas de cada país, teniendo en cuenta tanto las experiencias exitosas en los lugares donde se ha implementado, como los contextos locales.

2. B) Protocolos específicos para TUS por metanfetamina

Los protocolos para los TUS por metanfetamina basados en la evidencia y recogidos como buenas prácticas por los organismos internacionales están basados en intervenciones psicosociales (CRA, Matrix, manejo de contingencias, TCC o MDFT, especialmente en jóvenes y adolescentes), las opciones farmacológicas de sustitución siguen siendo estudiadas y los resultados todavía no son robustos para considerarse estandarizados. Sí se indica la terapia farmacológica para los manejos de las intoxicaciones, los síndromes de abstinencia o los efectos residuales, así como para el manejo de síntomas patológicos asociados al consumo o comorbilidades físicas, siempre en combinación con los modelos terapéuticos convenidos (ASAM/AAAP, 2024).

En los casos de TUS por metanfetamina es necesario protocolizar tres ejes: las crisis e intoxicaciones (estableciendo protocolos de urgencias que incluyan farmacología para síntomas y la evaluación de las complicaciones médicas), la abstinencia o efectos residuales del consumo (protocolizando el soporte de los síntomas y las condiciones físicas y funcionales del paciente) y el tratamiento del TUS, mediante la selección del modelo psicosocial más indicados, junto a la entrevista motivacional, la prevención de recaídas y el apoyo familiar y social) (ASAM/AAAP, 2024).

3. Intervenciones psicosociales y de recuperación transversales para los TUS por uso de fentanilo y metanfetamina

Las intervenciones psicosociales para el tratamiento de TUS de estas sustancias, tal y como se repasan en los puntos 3.3 y 4.3 de esta guía según los modelos de buenas prácticas basadas en la evidencia y centradas en la persona, deben estar protocolizadas y estandarizadas delimitando los criterios de indicación, la frecuencia estimada, la duración, las competencias del equipo y los manuales o fuentes de referencia para cada programa. Estos programas a su vez deben adaptarse a las necesidades, contexto y características de la persona a tratar. La entrevista motivacional y la terapia breve en los inicios del tratamiento son parte del estilo clínico transversal (OMS, UNODC, 2020, EUDA, 2023) y los organismos internacionales (OMS, UNODC, 2020; mhGAP, 2023) sugieren la inclusión de DBT orientada a TUS, y los enfoques TIC y PIE, sobre todo en población en situación de exclusión social, sinhogarismo y condiciones de marginalidad.

La OMS y la UNODC en su Guía de tratamiento por TUS del 2020 y la OMS en el mhGAP del 2023 subrayan la importancia de que los protocolos incluyan flujos claros de derivación entre los diferentes niveles de atención y escenarios, estableciendo los criterios clínicos y sociales de admisión en cada uno, los plazos máximos y los canales de comunicación y coordinación entre servicios y escenarios.

4. Reducción de daños, garantía de derechos y seguridad

Todos los protocolos deben incluir un módulo de seguridad que recoja un plan de sobredosis, atendiendo a signos y respuestas. Un plan de riesgo suicida que incluya la detección, la contención y la referencia urgente y un plan de diagnóstico de embarazo y atención posterior.

Por otro lado, deben plantearse recursos y entornos de baja exigencia y todas las acciones deben estar regidas por el consentimiento informado, el principio de no coerción y la confidencialidad (OMS, UNODC, 2020)

5. Garantía de calidad y auditoría clínica

La Guía de tratamiento por TUS de la OMS y la UNODC contemplan ciclos de calidad (adaptar, evaluar, informar y mejorar), revisión por pares de los protocolos, supervisiones clínicas, formación continua de los equipos profesionales y auditorías con listas de verificación como la OMS-[UNODC Quality Assurance checklist/toolkits](#). También se recomienda incluir una matriz de competencias básicas para cada programa que incluya el propósito y alcance del protocolo, la definición de la población diana, los criterios de inclusión y exclusión, los roles y responsabilidades del equipo interdisciplinar y la documentación clínica estandarizada y cronogramas de revisión (UNODC, 2021)

■ 6.2 Instrumentos de monitoreo y evaluación

Los planes de monitoreo y evaluación deben construirse articulando objetivos, actividades y resultados esperados, y deben poder traducirse en marcos de resultados y cadenas lógicas de insumos–actividades–productos–resultados–impacto, como recomiendan los manuales de evaluación en salud pública y programas sociales (OMS, 2014). Garantizando la calidad y la utilidad de estos procesos, los planes deben incluir **postulados claros, fuentes de referencia fiables, periodicidad de la recolección de datos** y mecanismos de gobernanza (comités de calidad y protección de datos).

La **UNODC (2022)** resalta que las evaluaciones deben estar guiadas por principios de independencia, imparcialidad y transparencia, y orientarse a la mejora continua de los dispositivos y servicios. También enfatiza la importancia de los sistemas de retroalimentación contando con los equipos profesionales y los estamentos rectores correspondientes para reforzar la utilidad práctica de las evaluaciones. De este modo, se asegura que los hallazgos contribuyan efectivamente a la mejora de políticas y programas.

Los tres niveles de información a evaluar para una mejora continua en un tratamiento según OMS y UNODC, son los resultados clínicos en la persona: los síntomas, el nivel de consumo, la funcionalidad y la calidad de vida, los resultados del tratamiento: la retención, la continuidad el manejo farmacológico y su dosificación o la satisfacción del paciente y los resultados de sistema y comunitarios: el acceso, la cobertura territorial y la coordinación entre servicios (OMS, UNODC, 2020; OMS, 2023).

Los indicadores clínicos a nivel usuario deben ser estandarizados y medir:

- Consumo o abstinencia y patrones vía autorreportes y toxicología de apoyo.
- Criterios de DSM-5 de severidad del trastorno.
- Síntomas de comorbilidad según cuestionarios estandarizados.
- Cuestionarios de neurocognición.
- Calidad de vida según autoinformes.
- Seguridad y eventos adversos.
- Satisfacción reportada por los pacientes.

Indicadores clínicos

	Consumo/ días de uso/ abstinencia	Severidad TUS	Salud mental	Cognición	funcionalidad	Calidad de vida	Seguridad
Instrumentos	Autoregistro/ toxicológico	Cambios según criterios DSM-5	PHQ- 9,GAD-7, PCL-5	Rendimiento cognitivo	Empleo/ estudios, conflictos familiares	WHOQOL-BREF/ EQ-5D	Sobredosis, intentos autolíticos
Método	Mensual	MINI/SCID-5	Escalas	MoCA	Entrevista/ficja social	Escalas	Ficha clínica/reporte eventos adversos
Frecuencia	Mensual	Semestral	Trimestral	Semestral	Trimestral	Semestral	Inmediata

Los indicadores de servicio a nivel de programa son:

- Acceso y oportunidad. Espera para la primera cita, número de pacientes atendidos en un periodo de tiempo.
- Retención en periodos de tiempo estipulados y adherencia según asistencia, participación, etc.
- Continuidad. Número de planes individualizados activos y de seguimientos tras el alta.
- Calidad farmacoterapéutica en OAT/OST. Dosificación adecuada, inducción segura, número de programas take-home OAT/OST.
- Intervenciones psicosociales. Número de intervenciones basadas en la evidencia y según modelos.
- Reducción de daños. Número de intercambios de jeringuillas, material proporcionado, derivaciones o formaciones.
- Trato y derechos. Quejas resultas, coerción, expulsiones.
- Provisión diferencial de servicios. Número y proporción de intervenciones adaptadas a características diferenciales de la población atendida (edad, género, pertenencia étnica/comunitaria, situación socioeconómica, contexto de uso, orientación sexual e identidad de género, personas en situación de calle, etc.). Este indicador busca garantizar la equidad y la pertinencia cultural, así como mejorar la retención y adherencia en colectivos clave.

Indicadores clave para OAT/OST por fentanilo

- Los indicadores clave para medir el éxito de estas terapias son la cobertura y el alcance de los OAT, la retención a corto, medio y largo plazo y dosificación, el número de eventos de seguridad, el número de naloxona distribuido, el número de programas *take-home* de OAT, el número de intervenciones que incluyan modelos psicosociales y los resultados sociales tales como empleo, situación de vivienda o situación administrativa o penal (UNODC, OMS, 2020).

Indicadores clave para TUS por metanfetamina

- Los indicadores para medir la eficacia de los tratamientos por TUS por metanfetamina son el número de síntomas relacionados con el TUS, los eventos cardiovasculares y neurológicos y los reingresos, la participación en modelos estructurados y adherencia al tratamiento y los marcadores de funcionamiento y de dinámicas, como los días de consumo o el rendimiento laboral o académico.

Los indicadores de sistema, a nivel territorial o de país se establecen según la capacidad y la preparación de los servicios. La OMS propone el marco de [SARA](#) (OMS, 2015) para establecer indicadores a nivel territorial y como herramienta estandarizada de evaluación internacional.

Los criterios de calidad, equidad y de derechos pueden medirse tanto en un plano de indicadores de sistema, como de servicios. Aspectos para monitorizar son la adaptabilidad cultural, según disponibilidad de intérpretes, adaptación de los materiales o la participación comunitaria, el género y la edad según adherencia y acceso en mujeres, personas mayores y adolescentes, el estigma y la no coerción según protocolos PIE/TIC implementados y las mediaciones y quejas resueltas y la participación de los y las usuarias según comités de calidad, co-diseños de programas, etc.

Sistema de gestión y calidad



Resumen de las principales herramientas de gestión y calidad de programas y sistemas.

7. Referencias bibliográficas

- Barker, P. J., y Buchanan-Barker, P. (2005). *The tidal model: a guide for mental health professionals*. Brunner-Routledge.
- Bejarano Romero, Raúl et al. (2023). Implementing a decentralized opioid overdose prevention strategy in Mexico, a pending public policy issue. *The Lancet Regional Health – Americas*, 23, 100535.
- Bouso, J. C. y Riba, J. (2014). Ayahuasca and the treatment of drug addiction. En B. C. Labate & C. Cavnar (Eds.), *The therapeutic use of ayahuasca* (pp. 95–109). Springer.
- Brown, T. K., & Alper, K. (2017). Treatment of opioid use disorder with ibogaine: detoxification and drug use outcomes. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 44(1), 24–36.
- Camille Zolopa, S. L., Clifasefi, S., Dobischok, N., Gala, N., Fraser-Purdy, H., Phillips, M. K., Wendt, D. C. (2025). A scoping review of harm reduction practices and possibilities among indigenous populations in Australia, Canada, and the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 269, 11259.
- Clark, A. K., Wilder, C. M., & Winstanley, E. L. (2014). A systematic review of community opioid overdose prevention and naloxone distribution programs. *Journal of Addiction Medicine*, 8(3), 153–163.
- Clinical Guideline Committee (CGC) Members, ASAM Team, AAAP Team, & IRETA Team. (2024). *The ASAM/AAAP Clinical Practice Guideline on the Management of Stimulant Use Disorder*. *Journal of Addiction Medicine*, 18(1S Suppl 1), 1–56.
- Cockersell, P. (Ed.). (2018). *Social exclusion, compound trauma and recovery: Applying psychology, psychotherapy and PIE to homelessness and complex needs*. Jessica Kingsley Publishers.
- Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., Nieder, T. O., ... Arcelus, J. (2022). *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8*. *International journal of transgender health*, 23(Suppl 1), S1–S259.
- Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC). (2018). *Guía clínica para el tratamiento con metadona en pacientes con trastornos por consumo de heroína y otros opioides (reimpresión)*. Ciudad de México: Secretaría de Salud.
- Dakof, G. A., Henderson, C. E., Rowe, C. L., Boustani, M., Greenbaum, P. E., Wang, W., Hawes, S., Linares, C., & Liddle, H. A. (2015). A randomized clinical trial of family therapy in juvenile drug court. *Journal of family psychology: JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 29(2), 232–241.
- Degenhardt, Louisa, et al. (2023) "Buprenorphine versus methadone for the treatment of opioid dependence: A systematic review and meta-analysis of randomised and observational studies." *The Lancet Psychiatry*, vol. 10, no. 6, pp. 386–402
- Dickinson, J., McAlpin, J. R. N., Wilkins, C., Fitzsimmons, C. R. N., Guion, P., Paterson, T., ... Rasmussen Chaves, B. M. D. (2015). *Clinical guidelines for ibogaine-assisted detoxification (1.1 ed.)*. Global Ibogaine Therapy Alliance.
- European Drugs Agency (EUDA). (2023). *Stimulants: health and social responses*. Best practice portal. EUDA.
- European Commission. (2016). *Triple R: Rehabilitation for recovery and reinsertion*. San Patrignano.
- European Commission. (2017). *Manual on rehabilitation and recovery of drug users*. San Patrignano.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (EMCDDA) (2014). *Multidimensional family therapy for adolescent drug users: a systematic review*. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.

- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (EMCDDA) (2017). Communities That Care (CTC): a comprehensive prevention approach for communities. EMCDDA Papers, Publications Office of the European Union.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (EMCDDA) (2022). Local communities and drugs: health and social responses. <https://www.emcdda.europa.eu/publications/mini-guides/local-communities>.
- Harris, M. and Fallot, R.D. (2001), Envisioning a trauma-informed service system: A vital paradigm shift. *New Directions for Mental Health Services*, 2001: 3-22.
- Hogue, A., Henderson, C. E., Becker, S. J., & Knight, D. K. (2018). Evidence Base on Outpatient Behavioral Treatments for Adolescent Substance Use, 2014-2017: Outcomes, Treatment Delivery, and Promising Horizons. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 47(4), 499-526.
- Carvalho Gomes, I., Gámez-Medina, M.E, Valdez-Montero, C.(2020). Chemsex y conductas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres: una revisión sistemática. *Health and Addictions* Vol.20, Nº1.
- Keats, Helen, Maguire, Nick, Johnson, Robin, Cockersall, Peter. (2012). Psychologically informed services for homeless people. Good practice operational document. London.UK Government.
- Leamy, M., Bird, V., Boutillier, C. L., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: systematic review and narrative synthesis. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Machín, Juan. «Modelo ECO²: redes sociales, complejidad y sufrimiento social». *Redes: revista hispana para el análisis de redes sociales*, 2010, vol.VOL 18, p. 306-25,
- Martínez, K. I., Robles, L., Ojeda, Y. L., & Hernández, J. (2024). Rompiendo el cristal: Percepciones de los usuarios de metanfetamina sobre los desafíos para acceder y permanecer en un tratamiento. *Health and Addictions / Salud y Drogas*, 24(1), 9-24.
- Mattick, R. P., Breen, C., Kimber, J., & Davoli, M. (2014). Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2).
- Megan Buresh, S., Nahvi, S., Steiger, S., & Weinstein, Z. M. (2022). Adapting methadone inductions to the fentanyl era. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 141, 108832.
- Merino-Lorente, S. (2023). Relación entre las adicciones y el trauma emocional desde el modelo biopsico-social. *Revista de Psicoterapia*, 34(126), 173-187.
- Minařík, J. (2020). Tratamiento farmacológicamente asistido de la adicción a la metanfetamina con estimulantes del sistema nervioso central. Sociedad de Enfermedades Adictivas de la Sociedad Médica Checa Juan Evangelista Purkinje (SNN ČLS JEP). Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (trad.).
- Molina Fernández, A. J. (2022). Influencia de los factores psicosociales en la rehabilitación de las conductas adictivas: Buenas prácticas europeas [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio Institucional UCM.
- Molina Fernández, A. J. (2023). Experiences, models and keys for addictive behaviours recover. *Journal of Brain Research*, 6(161), 1-6.
- Moreno Pérez, A. y Fernández Liria, A. (2023). Retraumatización en los servicios de salud mental: Una revisión y propuesta de actuación alternativa. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 43(144), 17-45.
- Naji, L., Rosic, T., Dennis, B., et al. (2025) Effectiveness of methadone versus buprenorphine in the treatment of opioid use disorder: secondary analyses of prospective cohort study data. *BMJ Open*.
- O'Brien, C. L., & O'Brien, J. (2000). The origins of person-centered planning: A community of practice perspective. Responsive Systems Associates.

- Obert, J. L., McCann, M. J., Marinelli-Casey, P., Weiner, A., Minsky, S., Brethen, P., & Rawson, R. (2000). The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: history and description. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32(2), 157–164.
- OMS, OPS. (2011). *La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) - Manual para uso en la atención primaria*. Organización Mundial de la Salud.
- Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., Galloway, G. P., Herrell, J., Huber, A., McCann, M. J., Obert, J., Pennell, S., Reiber, C., Vandersloot, D., Zweben, J., & Methamphetamine Treatment Project Corporate Authors (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. *Addiction* (Abingdon, England), 99(6), 708–717.
- Roozen, H. G., Boulogne, J. J., van Tulder, M. W., van den Brink, W., De Jong, C. A., & Kerkhof, A. J. (2004). A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction. *Drug and alcohol dependence*, 74(1), 1–13.
- Sharma, R., Batchelor, R., & Sin, J. (2023). Psychedelic Treatments for Substance Use Disorder and Substance Misuse: A Mixed Methods Systematic Review. *Journal of Psychoactive Drugs*, 55(5), 612–630.
- Sheedy C. K., and Whitter M. (2009), *Guiding Principles and Elements of Recovery-Oriented Systems of Care: What Do We Know From the Research?* HHS Publication No. (SMA) 09-4439. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- Shoptaw, S., Rawson, R. A., McCann, M. J., & Obert, J. L. (1994). The Matrix model of outpatient stimulant abuse treatment: evidence of efficacy. *Journal of Addictive Diseases*, 13(4), 129–141.
- Soriano Ocón, R. (2022). El fenómeno del chemsex: claves para mejorar la respuesta institucional. *Revista Española de Drogodependencias*, 47(3), 5-13.
- Stop Sida. (2021). *Estudio Homosalud 2020: Consumo recreativo de drogas y su uso sexualizado (chemsex) en hombres gay, bisexuales y otros hombres que tienen sexo con hombres (GBHSH) de España*. Stop Sida.
- Stimson, G. V. (1995). Aids and injecting drug use in the United Kingdom, 1987–1993: The policy response and the prevention of the epidemic. *Social Science & Medicine*, 41(5), 699–716.
- Stuart, S. R., Tansey, L., & Quayle, E. (2017). What we talk about when we talk about recovery: a systematic review and best-fit framework synthesis of qualitative literature. *Journal of mental health* (Abingdon, England), 26(3), 291–304.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014) *Trauma-Informed Care in Behavioral Health Services. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 57*. HHS Publication No. (SMA) 13-4801. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration,.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2018). *Clinical guidance for treating pregnant and parenting women with opioid use disorder and their infants*. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2021). *Medications for Opioid Use Disorder. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 63* (Publication No. PEP21-02-01-002). Rockville, MD: Author.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014). *SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach*. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: SAMHSA.
- The Trevor Project México. (2024). *Encuesta Nacional sobre la Salud Mental de las Juventudes LGBTQ+ México. The Trevor Project*.
- UNAM — Dirección General de Comunicación Social. (2025, 19 de febrero). Consumo de drogas sintéticas, problema común México-EUA. Boletín UNAM-DGCS-108. Consultado en línea el 21 de septiembre de 2025.
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2022). *Evaluation policy*. United Nations.

- United Nations Office on Drugs and Crime & World Health Organization. (2021). **Quality assurance in treatment for drug use disorders: Key quality standards for service appraisal.** UNODC-WHO.
- Velez, B., Zelaya, D., & Scheer, J. (2021). **Context Matters: Minority Stress and Mental Health Experiences of Diverse LGBTQ People.** En Nadal, K. L., & Scharrón-del Río, M. R. (Eds.), *Queer Psychology*. Springer.
- World Health Organization. (2014). **Community management of opioid overdose.** Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2014). **Service availability and readiness assessment (SARA): An annual monitoring system for service delivery: Reference manual.** WHO.
- World Health Organization. (2023). **Methamphetamine/amphetamine use disorder: Evidence profile.** Geneva: WHO, Department of Mental Health and Substance Use.
- World Health Organization. (2023). **Mental health gap action programme (mhGAP) guideline for mental, neurological and substance use disorders.** WHO.
- World Health Organization & United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). **International standards for the treatment of drug use disorders: Revised edition incorporating results of field-testing.** Geneva: WHO & UNODC.
- Zarza González, M.J., Botella Guijarro, A., Vidal Infer, A., Ribeiro Do Couto, B., Bisetto Pons, D., Martí J. (2011). **Modelo Matrix: tratamiento ambulatorio intensivo del consumo de sustancias estimulantes. Manual del terapeuta: sesiones psicoeducativas para usuarios.** Versión española traducida del Center for Substance Abuse Treatment. DHHS Publication No. (SMA) 06-4154. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2006.

Anexo

Fármaco	Indicación en la guía	Condición regulatoria (México)	Tipo de receta	Observaciones de acceso / operación
Metadona	OAT/OST en TUS por opioides (incl. fentanilo)	Estupefaciente bajo control estricto (LGS art. 235, 245); sujeto a autorización COFEPRIS	Receta especial Fracción I (SRE COFEPRIS)	Clínicas deben cumplir Lineamientos CONADIC; pocos registros sanitarios vigentes y provisión concentrada.
Buprenorfina (± Naloxona)	OAT/OST; inducción/mantenimiento; combinación con naloxona reduce riesgo de inyección y desvío	Opioide controlado; clasificación depende de la presentación (SL, parches, combo BUP/NLX)	Receta controlada / Fracción I o II (según presentación)	Confirmar en registros sanitarios COFEPRIS antes de compra pública o prescripción; verificar requisitos de control.
Buprenorfina (± Naloxona)	OAT/OST; inducción/mantenimiento; combinación con naloxona reduce riesgo de inyección y desvío	Opioide controlado; clasificación depende de la presentación (SL, parches, combo BUP/NLX)	Receta controlada / Fracción I o II (según presentación)	Confirmar en registros sanitarios COFEPRIS antes de compra pública o prescripción; verificar requisitos de control.
Naloxona	Antídoto para sobredosis; modelo take-home naloxone (pares/familiares)	No OTC; requiere receta. Proyecto legislativo para venta libre aprobado por Comisión de Salud del Senado (2022, no vigente)	Receta médica convencional	Programas take-home deben coordinarse con servicios sanitarios y ONG; seguir evolución legislativa.
Diacetilmorfina (Heroína farmacéutica)	Tratamiento asistido con heroína (HAT) en casos refractarios a OAT/OST	No implementado en México; sin marco regulatorio operativo	—	Referencia internacional; no disponible como tratamiento en el país.
Benzodiacepinas	Manejo agudo de agitación/hiperactividad simpática en manejo de metanfetamina.	Psicotrópicos (LGS art. 245, grupos II–IV según molécula)	Receta controlada	Ajustar a guías clínicas y fracción correspondiente (p. ej. diazepam, lorazepam).
Antipsicóticos atípicos (Olanzapina, Quetiapina, Risperidona)	Psicosis o alteraciones por metanfetamina; comorbilidades	Medicamento de prescripción	Receta médica convencional	Vigilar riesgos cardiometabólicos y síndrome metabólico; farmacovigilancia estándar.
Bupropión + Naltrexona	Reducción del consumo de metanfetamina (evidencia ADAPT-2)	Medicamentos de prescripción	Receta médica convencional	Verificar disponibilidad de combinación o co-prescripción; ambos fármacos registrados en México.
Mirtazapina	Coadyuvante para reducción de craving y síntomas afectivos	Medicamento de prescripción	Receta médica convencional	Uso conforme a evidencia clínica; verificar registro sanitario vigente.

Fármaco	Indicación en la guía	Condición regulatoria (México)	Tipo de receta	Observaciones de acceso / operación
Topiramato	Coadyuvante en reducción de consumo y prevención de recaídas	Medicamento de prescripción	Receta médica convencional	Antiepiléptico de uso controlado; monitorizar tolerancia y efectos adversos.
Lisdexanfetamina (LDX)	Ensayos clínicos para reducción del consumo de metanfetamina	Psicotrópico (anfetamínico, LGS art. 245)	Receta controlada / Fracción II	Confirmar registro sanitario y condiciones de prescripción.
Metilfenidato	Ensayos clínicos o uso experimental en reducción de craving	Psicotrópico (anfetamínico)	Receta controlada / Fracción II	Uso restringido a indicaciones autorizadas; confirmar registro y control.

Notas operativas

1. Receta especial Fracción I: Requiere recetarios electrónicos registrados ante COFEPRIS (Sistema de Recetarios Electrónicos).
2. Clínicas de metadona: Operan bajo Lineamientos nacionales de la anterior CONADIC (control de inventarios, cadena de custodia, farmacovigilancia).
3. Disponibilidad de metadona: Solo un proveedor con registro sanitario vigente (COFEPRIS, 2023).
4. Naloxona: Proyecto legislativo de venta libre aprobado en el Senado (2022), pero no promulgado; actualmente requiere receta.
5. Verificación sanitaria: Usar el buscador de Registros Sanitarios COFEPRIS para confirmar estatus y fracción antes de compra pública o inclusión en cuadro básico.
6. 6. Psicotrópicos (LGS art. 245): Confirmar grupo (II–IV) según sustancia específica; condiciona tipo de receta y control.