



UNIVERSIDAD DE
GUANAJUATO

Campus León

División de Ciencias de la Salud

Departamento de Psicología

**“Personas en los Anexos y el Quehacer de la Psicología: Deudas de Seguridad,
Salud Pública y Derecho en México”**

TESIS DE LICENCIATURA

Que para obtener el grado de:

Licenciatura en Psicología

Presenta:

Fernando I. Hernández Camacho

Directora:

Yessica Ivet Cienfuegos Martínez

León, Guanajuato

Marzo 2021

Agradecimientos

De poder podría escribir varias cuartillas de reclamos y disgustos a la persona que escribe estas líneas. Quisiera tener los luceros de Violeta para ver con claridad la esencia de las cosas, pero no los tengo, por eso uso mi voz. Quien decida leer estas palabras, espero ya sepa que agradezco su paciencia. No sé nada y a veces no quiero saber. Pero igual pregunto. Gracias por responder.

Siendo un triste mezquite, aunque las aves canten, me he sentido aferrado al piso. Sin embargo, agradezco en lágrimas a una, dos y tres maestras sembradoras. Ellas cosecharon la tierra, incluso en los inviernos. Gracias por su abono, gracias por los cuentos. Espero poder cosechar cantando como ustedes me enseñaron.

Citaré tantas veces como sea necesario, quiero compartir estos listones de experiencias. Así hizo Daniela, la maestra de la escuela, quien citó a otra maestra en otra aula, para decir que las tesis no se acaban, se entregan. Yessica, quien paciente, asertiva y sincera, citó a lxs compas zapatistas; ella tiene una estrella roja en el corazón, por eso dijo que pensar que sabes te paraliza. Eva, nunca callada, siempre emotiva, casi sin saber me dijo que era lo que yo quería. Gracias también a otrxs docentes, gracias por compartir la profesión que quiero.

Infinitas gracias a la lluvia y el sol, siempre presentes, que me han visto nacer del suelo. Me alimentan y me dan de beber. Y aunque siempre quiero verles en cielo, pronto mis ramas serán tan largas que tendré que cuidarles como todos estos años ustedes han hecho. No quisiera tener prisa, pero sí quisiera tener suficiente sombra para darles cobijo.

Mamá, quiero ser tan fuerte como tú. Papá, quiero ser tan cariñoso como tú. No me olvido, pero si pasa, porque soy tonto, que sepan hoy que les admiro y conforme cobro altura les entiendo mejor. También a mis hermas, aun les veo con la admiración de niño, pero más viejo. A mis sobrinxs, permítanme ser un buen hermano viejo.

Corriente azul, gracias por el tiempo, sin tus aguas no sería yo. Recordaré el olor del eucalipto. Amistades, compañerxs que florecen, que trotan y corren. Agradezco la compañía, la comunidad

salvaje. No sé lidiar con varias cosas, solo soy un árbol ocre. No sé qué depara y me abrume fácil, pero sí me gustaría el volvernos a encontrar. Gracias por dejarme crecer con ustedes, gracias por su presencia y generosidad. Los estambres se tejen o se separan, pero les guardo como familia de este tiempo.

Gracias a ti, flor de marzo, que brotas aquí cerquita a mis raíces. ¿Sabes que te quiero?, ¿Gustas que lo repita? Si no te hubiera visto, si no nos hubieran reunido; no habría notado estos pies de madera. Me gusta crecer contigo y hablar de pájaros amarillos. Sí quisiera que tus pétalos me adornen y que la brisa nos mueva en simultáneo. Quiero coincidir y seguir bailando. Gracias Ale, tú fuiste pionera en esto. Me provocas escribir, encontré mucho de mí al conocerte. Disfrutemos el camino y que sea muy largo. Nos vemos en el mar.

A ustedes los residentes, flora y fauna de estas tierras, agradezco las conversaciones. Intenté escribir de ustedes, pero no es lo mismo que charlar. Entiendo que el viento puede ser muy duro y el clima estrujar el crecimiento. No somos tan distintos, pero a veces estamos tan lejos. Después de todo el otro es el otro, aunque como a ustedes, a mí no me gusta estar solo. Vaya desgraciada que puede ser la suerte o lo que nos dejaron. De todo corazón y con sinceridad absoluta, espero verles felices y encontrarnos pronto. Ustedes me prestaron algo, yo estoy en deuda por ello.

¿Dónde estarán los hombres de gratitud? Espero que con bien. Siendo sincero tengo miedo, ¿ustedes que han pensado?, ¿cómo la han pasado? Creo que, si entre todos nos repartimos la incertidumbre, el peso podrá ser más ligero. Con cariño, este trabajo va a sus nombres. Espero su opinión de nuevo.

Irapuato, Gto. 24 de diciembre de 2020.

Índice

Introducción: La Reelaboración de Objetivos	4
Capítulo 1 Una Pandemia: Datos Epidemiológicos y Sociodemográficos	16
Panorama Internacional	16
Panorama en México y Guanajuato	18
Capítulo 2 Política Pública y Estrategia de Atención	26
Recomendaciones Internacionales	27
Las Instrucciones en México y Guanajuato	36
Capítulo 3 Vinculaciones entre las Drogas, el Crimen y la Violencia	50
¿Cómo se Relaciona el Consumo con el Delito y la Violencia	51
El Contexto en México y Guanajuato	59
Capítulo 4 Un Tratamiento Lejano y los Anexos como Alternativa	75
La Atención Pública y la Atención Privada	75
Los Anexos y una Población en la Ambigüedad	82
Capítulo 5 La Psicología como Instrumento de Escucha y Diálogo	94
El Espiral de los Consumos Problemáticos	94
La Investigación como Estrategia de Encuentro	106
Los Anexos en la Periferia/Margen	109
Capítulo 6 Metodología: El Artefacto para el Encuentro	114
Pregunta de Investigación	114
Objetivo general y Objetivos específicos	114
Procedimiento	115
Capítulo 7 Hombres desde el Anexo: Perspectivas de los internos sobre los que han sido, son y esperan para el futuro	119
Desde los Inicios del Consumo a la Recaída	122
Las Casas de Ayuda	131
Sentires dentro del Anexo y Expectativas del Porvenir	140
Capítulo 8 Discusión y Conclusiones: Una Coyuntura de Razones	152
El Valor de la Comunidad	157
El Quehacer desde la Psicología	162
Los Servicios de Tratamiento y la Función de los Anexos	165
Comentarios Finales	171
Lista de referencias	175
Apéndice	189

Introducción: La Reelaboración de Objetivos

Se ha declarado una problemática mundial en relación al consumo de drogas. Dicha problemática significa una pérdida considerable en años de vida saludable de la población mundial, a causa de distintos padecimientos o consecuencias derivadas del consumo. Particularmente en México, la tasa de consumo nacional ha ido en ascenso durante las últimas décadas, a la par del crecimiento del mercado ilegal de narcóticos. De esta manera, se puede observar un problema de salud pública en el mundo, al igual que en México.

Desde diversas disciplinas se han investigado los fenómenos por el consumo de sustancias psicoactivas, y las implicaciones que este consumo tienen en la persona usuaria y otras personas cercanas a esta. Desde la psicología se ha dado un auge notable en el desarrollo de modelos de tratamiento para la atención de las posibles problemáticas derivadas del consumo.

En México, unos de los principales medios de tratamiento utilizados por la población, han sido tradicionalmente los Anexos. No obstante, estos servicios han sufrido de varias críticas, entre las que se encuentran: la falta de atención profesional y especializada, faltas múltiples a los derechos humanos por daño físico y psicológico, así como el favorecimiento al desarrollo de espacios de clandestinidad e ilegalidad. Sin embargo, es escasa la información disponible en el campo de la investigación académica.

El presente trabajo surgió a partir del proyecto de investigación: *Hombres desde el Anexo: las perspectivas de los internos sobre lo que han sido, son y esperan para el futuro*, el cual se realizó con la colaboración de hombres residentes en un Anexo del estado de Guanajuato,

durante los meses de junio a agosto del 2019. Como su nombre indica, con este acercamiento se pretendía recopilar las opiniones de los residentes respecto al servicio de atención en el presente Anexo, así como en anteriores servicios; sus reflexiones, sentires y las expectativas que tenían del futuro.

Para aclarar el proceso que se llevó cabo durante la construcción de este proyecto de investigación, a continuación, haré uso de la redacción en primera persona pues lo considero necesario para encuadrar de manera más sincera los planteamientos y conjeturas desde donde se formuló el proyecto, asimismo, la posición desde donde escribo este texto. Para esto último, relataré un encuadre que sirva para ir haciendo distinción de los alcances y limitaciones que reconozco en este trabajo. Advierto que esta narrativa surge de mis recuerdos.

El primer motivo para llevar a cabo el acercamiento, y a partir de lo cual se formularon los objetivos, surgió tras una breve visita a un Anexo mixto de la región. Al momento de la visita, ya había escuchado varias veces hablar de sitios que también llamaron Anexos. Lugares donde se internaba a personas por el consumo de drogas, personas que se encontraban *en malos pasos*. Nunca había charlado con alguien que me pudiera narrar su residencia ahí, pero sí con personas que tuvieron a algún familiar, pareja o conocido en internamiento. Contaba, pues, con un esbozo de cómo eran los Anexos y cómo eran quienes residían dentro. Sin embargo, aunque nunca había conocido o visitado un Anexo, los comentarios previos y la asociación con referentes me sirvieron para concebir estos centros como poco beneficiosos para las personas usuarias; también a quienes residían como personas con algún tipo de desventaja social, económica, educativa y/o estructural.

La razón de aquella visita fue dar una clase de filosofía sobre el tema de *la otredad*, desde la perspectiva de Emmanuel Lévinas. La intención fue reflexionar respecto a *la mismidad*, como la totalidad de lo conocido, lo pensable y lo posible; y *la otredad*, como la infinitud de lo desconocido, lo impensable y lo imposible. Con preguntas como ¿quién eres tú?, ¿qué no eres?, ¿quién es la persona que tienes a un lado y qué te provoca? El equipo del que formé parte y yo, aspiramos a favorecer un debate sobre ¿qué, quién o quiénes son *la otredad*? Usando el término *el otro* para describir aquella entidad distinta con una inmensidad ajena, les preguntamos: ¿qué sienten cuándo alguien les ve?, ¿qué les provoca? y ¿qué suponen que alguien más puede pensar de ustedes?

La desventaja que supuse en aquellas personas me mantenía nervioso. Pues me preocupaba que mi oratoria resultara confusa, que mis palabras fueran desconocidas o poco interesantes y que lo que quisiera transmitir sencillamente no fuera posible. Pero quedé sorprendido. Aunque la participación fue variada y no todas las personas hablaron de la misma manera, tuve la impresión de que la gente ahí entendió lo que quisimos decirles. Para ser sincero, me preocupaba que existiera alguna barrera de comunicación. Que mi lenguaje fuera muy técnico y que tal vez las personas ahí no entendieran lo que intentaba decir. Yo suponía que la educación escolar que habíamos recibido era muy distinta, también las oportunidades económicas, y que tal vez el tema que traíamos de la universidad podía ser muy ajeno. Aquel acercamiento fue una *praxis* de la misma teoría que ese día revisamos: el encuentro con *el otro*.

Para resolver cómo encontrarse con *el otro*, llevábamos propuestas teóricas. La solución era prestar apertura, para que *el otro* pudiera sentirse bien recibido, también explorar, pero siempre con respeto a la diferencia y sin invadir. Creí que lo habíamos conseguido y que los

comentarios del grupo eran una muestra de la reflexión exitosa de la clase. Tras el encuentro me sentí muy cómodo y comencé a querer conocer más a quienes residían ahí dentro. Incluso, me sentí hábil en espacios como el que se desarrolló. Yo me había planteado anteriormente el hacer una investigación con personas que presentaran adicción a las drogas, pero el hecho de que fueran personas usuarias en un Anexo, me provocó mayor curiosidad.

Antes imaginaba que quien pudiera residir en un Anexo, sería alguien muy diferente de mí, un estudiante de universidad. Y aunque las diferencias fueron innegables pues la razones que ahí nos reunieron eran muy distintas, sentí que la distancias no eran intrínsecas. Las personas ahí parecían comprender nuestra reflexión, es más, parecían haber tenido las propias y por evidente que eso me parezca ahora, en el momento me despertó sorpresa. Además, al verles el lugar me parecía visiblemente más cómodo para quienes residían de lo que había esperado.

Pero mi opinión general respecto a la utilidad de estos servicios siguió siendo muy similar, más aún cuando se hicieron notar las diferencias entre las circunstancias en que se reside según el sexo y la referida internación involuntaria reportada entre algunas personas residentes. Los hombres eran la gran mayoría y ocupaban casi todo el espacio, teniendo mayor libertad de movimiento. Mientras, las aproximadamente diez mujeres permanecían encerradas en una habitación todo el día. Además, en general, podía apreciarse precariedad en los recursos.

Una revisión en línea y en bases de datos bibliográficos también sirvió para reforzar esa idea, pues lo habitual fue encontrar reportes y opiniones de desacreditación de los Anexos. Incluyendo algunos relatos de tortura y poca especialidad para el tratamiento profesional de las adicciones. No obstante, en general resultó complicado encontrar información y la hallada rara

vez correspondía a investigaciones académicas, por lo que parecía un espacio pendiente a explorar.

En otra ocasión conversé con una amiga que se había internado en un Anexo para mujeres. Ella me habló del servicio destacando la precariedad en los recursos, pero, sobre todo, me contó de sus compañeras. Sin dar muchos detalles, me compartió algunas historias que ellas le compartieron y cómo eso le hizo replantearse sus metas. Decía que quería estudiar la universidad y terminar pronto para regresar a sitios similares y trabajar para gente como la que ahí conoció. Hace mucho tiempo yo no la veía, pero notaba cómo ella había cambiado y hablaba como si se hubiera sentido muy inspirada por su experiencia. Me pareció muy interesante, la veía motivada, agradecida y con cariño hacia las mujeres que conoció. Entonces me surgieron más dudas, pues sus comentarios parecían más positivos sobre la experiencia de tratamiento en comparación a la descripción negativa que hasta entonces había encontrado.

Fue en otro establecimiento exclusivo para hombres, también denominado Anexo, donde se concretó la oportunidad de desarrollar esta investigación. Una compañera me comentó que su hermana, en compañía de un colectivo, habían realizado un taller en la residencia, por lo que me pasó el contacto del director. Desgraciadamente no me fue posible ahondar más sobre lo que llevaron a cabo y no se me ocurrió preguntar en el Anexo al momento de las visitas.

Tras presentarle la propuesta de investigación al director, este propuso realizar la intervención con los residentes de otro local que tenía poco de haber sido abierto. Dijo que la instalación también era de su propiedad y que las personas dentro aun no contaban con los mismos servicios que en la otra instalación tenían, por lo que le parecía mejor *apoyarles a ellos*.

Para ese momento, en resumen, como marco conceptual tomé como base únicamente los principios mencionados al inicio de este apartado. Pero ante la falta de información disponible en las plataformas digitales y las experiencias compartidas por las personas usuarias de estos servicios, opté por buscar una metodología que permitiera ahondar sobre los testimonios de los usuarios del Anexo participante. Así, tuve la intención de no imponer mi propia desconfianza a la calidad del servicio, por sobre los testimonios de los usuarios.

Como instrumento metodológico, pretendí implementar las propuestas de la metodología horizontal, tomando como base el acuerdo e intercambio entre las partes. Inevitablemente yo tenía una opinión, pero no quise favorecer mi perspectiva, también quería retribuir el tiempo prestado. Por ello, con esta metodología busqué orientar la investigación a una exploración, pues eran muchas mis dudas y quería conocer más sobre la experiencia vivencial que los hombres dentro de este Anexo podrían compartir. Sin embargo, desde el principio me pareció que el interés del director y los residentes era por una suerte de intervención clínica.

A pesar de que en un inicio se estableció un intercale de sesiones destinadas a las entrevistas y sesiones recreativas, a petición de los participantes, se priorizó las entrevistas. También se les entregó material audiovisual sobre los efectos cerebrales de las drogas y testimonios de personas usuarias; temas que dijeron ser de su interés.

La accesibilidad de los residentes permitió ahondar sobre el tema de investigación, pero también recopilar información sobre otros temas emergentes; principalmente de sus historias de vida. Su experiencia en el uso de sustancias, la relación con sus familias y con otras personas, momentos significativos y sensaciones enlazadas son algunas de las cuestiones que en la conversación aparecieron. Asimismo, las opiniones de los participantes sobre el establecimiento

contrastaron con la información disponible en las fuentes previamente consultadas y con la preconcepción que yo había deducido. Por ello, ante la inmensidad de variables referidas, a *posteriori* se buscó extender la contextualización sobre los Anexos y las tendencias de abordaje al fenómeno de uso, abuso y dependencia que tanta atención ha provocado en la investigación académica, pero de la que se tiene poca información al tratarse de estos establecimientos.

Se llevaron a cabo nueve sesiones destinadas a las entrevistas, pero ocurrieron cerca de otras cinco visitas divididas entre las sesiones recreativas y visitas posteriores a la investigación. Gracias a la disponibilidad de los residentes y las autoridades, fue posible explorar otras dinámicas que se suscitaban dentro de este Anexo. El festejo de un año de esta instalación, las visitas de personas de otros Anexos y de familiares, y el crecimiento escalonado del número de residentes; fueron algunos de los eventos tras la investigación y que, junto a la intervención, me llevaron a reelaborar las preconcepciones de estigma que antes sostuve hacia la población residente en este Anexo y su funcionalidad. También en mi opinión general hacia la población y los establecimientos que cargan con el mismo concepto.

Pero fue el cierre de esta instalación y la apropiación de ella por otras personas, el total cambio en la dinámica por la pandemia del Covid-2019, la masacre en el Anexo de Irapuato, y la clausura de la instalación principal durante la cuarentena; lo que me despertó la necesidad de ahondar más sobre las coyunturas entretejidas a las personas, las sustancias psicoactivas y a los Anexos. Al igual que para verbalizar las conjunciones que aún hoy me son difíciles de entender. De esta manera, es que surge el presente trabajo, comenzando con un replanteamiento del marco conceptual. Esta reelaboración surgió después de la intervención, por lo que no cambia la forma en que esta se llevó a cabo; aun así, permite a la persona lectora contar con mayor información,

pues yo mismo tuve que hacer este proceso para explicar mejor las dudas que me quedaron tras el acercamiento.

Los Contenidos

Para comenzar, en el primer capítulo, *Una pandemia: datos epidemiológicos y sociodemográficos*, se expone la situación actual sobre las prevalencias del consumo de las drogas y el perfil de uso. Se presenta el panorama internacional y nacional, informando que la prevalencia de consumo ha aumentado y la brecha tradicional entre los sexos va reduciéndose. Asimismo se reporta una alta pérdida de años de vida saludable en la población, además de desventajas estructurales y/o limitaciones en la cobertura para la accesibilidad de los servicios de atención y tratamiento. De igual manera, del carácter evolutivo del panorama y los matices en su gravedad; este capítulo sirve para dilucidar el carácter transnacional que las problemáticas relacionadas al consumo de drogas tienen, después para situar el panorama local de estas situaciones.

En el segundo capítulo, *Política pública y estrategias de atención*, se inicia haciendo distinción entre las drogas y otras sustancias psicoactivas, pues han sido habitualmente separadas al estar sujetas a controles y acuerdos internacionales diferenciados, implicando también actitudes distintas y mecanismos normativos especializados. Igualmente, se describen los cambios en las tendencias y propuestas de los abordajes y mecanismos de acción recomendados e implementados. Así, se expone que el paradigma de abordaje en actual recomendación ha presentado cambios desde que surgió la fiscalización internacional, pues actualmente se trabaja en un enfoque integral e intersectorial que atienda la problemática en materia de la salud, en resolución al mercado legal e ilegal de sustancias y en respeto de los derechos humanos. Sin

embargo, permanecen las críticas en relación a la formulación de la política pública y la implementación en campo. Conocer las políticas públicas y las estrategias de atención permite conocer, a nivel macro, los mecanismos estructurales involucrados en el abordaje de las problemáticas epidémicas que se exponen en el capítulo anterior, pero también para abrir el espacio a la discusión de las áreas que se han propuesto atender para resolver, no solo las variables relacionadas con el consumo, sino también en coyuntura con las diversas sustancias psicoactivas.

En el capítulo tercero, *Vinculaciones entre las drogas, el crimen y la violencia*, se continúa ahondando sobre algunos de los principales argumentos desde los cuales se han formulado los acuerdos y estrategias gubernamentales de respuesta: las drogas y la seguridad; haciendo distinción entre las propiedades y el carácter fiscal de la sustancia. En el capítulo se explora la vinculación entre las drogas, el crimen y la proclividad a la violencia desde distintas vías, primero como factores de causalidad y posteriormente como variables recurrentes, pero con correlación compleja. En esta revisión se puede visualizar que las problemáticas relacionadas a las drogas, no solo están entrelazadas, sino que además son extensas al consumo y hacen conjunción de diversas formas con otras variables, por ejemplo, la forma en que el mercado de narcóticos repercute en la región y la construcción social asociada al sexo.

En los tres primeros capítulos se comienza partiendo desde un plano general internacional, al nacional y finalmente el local. Debido a que el situar las circunstancias, permite hacer contrastes entre los argumentos y lo que termina por llegar a la aplicación real. En el cuarto capítulo, *Un tratamiento lejano y los anexos como alternativa*, se prosigue con los servicios de tratamiento disponibles y las limitaciones gubernamentales para el derecho a la cobertura tanto

pública como profesional en México. Por lo que se termina ahondando en la conceptualización y descripción de los principales servicios utilizados históricamente por la mayoría de la población mexicana: los Anexos.

En el quinto capítulo, *La psicología como instrumento de escucha y diálogo*, se incluyen algunas de las discusiones en materia de consumos problemáticos y la atención de estos; haciendo especial énfasis en la complejidad de factores que se entrelazan al consumo y que brindan la calidad de salud-social en los consumos problemáticos. Posteriormente se expone un marco conceptual que puede servir para realizar intervenciones en el abordaje de los consumos problemáticos; y es partir de postulados similares que se construye la investigación. No obstante, el desarrollo de la misma surgió *a priori* de la revisión y redacción de este capítulo. Este y los anteriores deben ser entendidos, primordialmente, como complementos que surgen tras la necesidad de abarcar los temas emergentes al acercamiento a la comunidad en el Anexo y no como antecedentes previos a la intervención. Por ello, para presentar el marco teórico del que parte la investigación, se incluye un apartado donde se expone brevemente la formulación teórica que da inicio a este trabajo.

En el sexto capítulo *Metodología: el artefacto para el encuentro*, se expone el marco conceptual y la propuesta metodología que se implementó para llevar a cabo la investigación realizada en colaboración con los internos de un Anexo en del estado de Guanajuato. En este breve capítulo se incluye la problematización, preguntas de investigación, objetivo general y específicos, así como el procedimiento que se desarrolló para la intervención exploratoria.

En el séptimo capítulo *Hombres desde el Anexo: las perspectivas de los internos sobre lo que han sido, son y esperan para el futuro*, se presentan los resultados obtenidos tras la

investigación. Los resultados fueron organizados en tres secciones: en *Desde el inicio del consumo a la recaída*, se presentan los antecedentes y se describe un proceso, donde se incluyen o no situaciones compartidas, pero se pretende dejar tácita la existencia de testimonios comunes entre quienes ingresan al Anexo. En *Las casas de ayuda*, se describen las características de este establecimiento en comparación a otros servicios de atención que han conocido o escuchado, también su situación actual al momento de la entrevista, por lo que los testimonios son contextualizados en relación con la experiencia dentro del Anexo visitado. Por último, en *Sentires dentro del anexo y expectativas del porvenir*, se describe las sensaciones y reflexiones de los residentes, exponiendo conjeturas que ellos mismos han desarrollado sobre los cambios percibidos, el origen de estos, las expectativas y la planeación de su futuro.

Finalmente, en último apartado, *Discusión y conclusiones: una coyuntura de razones*, se expone primero el alcance y las limitaciones de la investigación. Posteriormente, en *El valor de la comunidad*, se presentan las cualidades observadas en la particularidad del Anexo y que permiten deducir la convivencia como un factor de apoyo para la construcción de redes sociales. Después, en *El quehacer de la psicología*, una propuesta de intervención y diálogo para la construcción de saberes colaborativos; así como las peticiones de los residentes para encontrar espacios de acompañamiento, atención, escucha y participación. Luego, en *Los Servicios de tratamiento y la función de los Anexos*, el análisis de las funciones de estos establecimientos, el refuerzo de su existencia y la necesidad ética de saldar las deudas públicas. Para acabar, los comentarios finales alusivos a las pendientes a trabajar desde las múltiples vías que hacen conjunción en los Anexos y que requieren desaturar la cobertura de la demanda producto de su

exclusión. Por ello, se invita a seguir desarrollando intervenciones en colaboración con la población residente y que labora en los Anexos.

Es en la discusión y los comentarios donde de nuevo me abstendré de utilizar la voz pasiva, pues resulta necesario reconocer la valía empírica de quienes colaboramos en este proyecto. Citando a la compañera y asesora que me prestó sus tiempos y reflexiones durante el proceso de organización y redacción del presente trabajo: *quizá merezca la pena hacer explícita la inconsistencia entre hablar en primera persona y luego en voz pasiva. Justo esta limitación de la APA y del lenguaje académico de alejarnos del objeto de estudio, mirándolo, así como si fuesen objetos y no personas; y, por otro lado, la necesidad ética de hablar desde la propia experiencia.*

Capítulo 1

Una Pandemia: Datos Epidemiológicos y Sociodemográficos

Panorama Internacional

En la edición del *Informe Mundial Sobre las Drogas*¹ 2019, se estimó que el 5,5% de las personas, entre 15 y 64 años en 2017, consumió drogas² por lo menos una vez durante el año previo, es decir, cerca de 271 millones de personas; esto significó una tasa de consumo que creció en un 30% respecto al 2009 (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC³], 2019b). De manera similar se estimó que, durante el 2018, cerca de 35,6 millones de personas padecieron trastornos por el consumo de drogas, lo cual significó que presentaban un patrón de consumo perjudicial o experimentaban dependencia al uso de sustancias; esta cifra contrasta con los 29,5 millones de personas estimadas en 2015 (UNODC, 2017a, 2020a).

En adhesión a lo anterior, se calcula que en 2017 fallecieron aproximadamente 585 000 personas por consecuencias relacionadas al consumo de drogas. De este número, la causa de muerte de 167 000 se vinculó directamente con trastornos derivados al consumo, y el resto, correspondió a muertes por sobredosis u otras complicaciones como las generadas por los virus del VIH y la hepatitis C, los cuales pudieron ser principalmente contraídos durante la práctica de inyecciones inseguras (UNODC, 2020a). En total, se calcula que ese año se perdieron 21 millones de años de vida saludable por la discapacidad o muerte prematura relacionada al uso de

¹World Drug Report o Informe Mundial Sobre las Drogas por su traducción al español, es el informe mundial más grande sobre las situaciones entrelazadas a las drogas.

² En el WDR, el concepto hace referencia únicamente al consumo de sustancias psicoactivas controladas con fines no médicos ni científicos.

³ United Nations Office on Drugs and Crime u Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito por su traducción al español.

drogas y problemáticas derivadas, además, esta incidencia ha aumentado significativamente en la última década (UNODC, 2020a).

Respecto a la transversalidad con factores socioeconómicos y sociodemográficos, se considera que la urbanización ha sido un factor que ha impulsado y sigue impulsando, el mercado de las drogas ilegales; lo anterior se deduce de la alta prevalencia de consumo que existe en las zonas urbanas y, debido a las altas tendencias de desplazamiento desde zonas rurales hacia las zonas urbanas que se vive principalmente en los países en vías de desarrollo, se espera que la urbanización signifique un factor determinante en la futura dinámica del mercado de drogas (UNODC, 2020a). De manera similar, las tasas de consumo son más altas en los países de altos ingresos, y en los sectores de mayor riqueza dentro de esos países, es donde se concentra la mayor prevalencia de consumo; sin embargo, la prevalencia a la transición de trastornos por dependencia es más alta en los sectores de menor nivel socioeconómico (UNODC, 2020a). Asimismo, se señala que factores como vivir en situación de pobreza, la educación limitada y los fenómenos de marginación social, pueden ser determinantes en el aumento del riesgo a desarrollar y agravar trastornos por el uso de sustancias (UNODC, 2020a).

Al afianzar la situación de desventaja socioeconómica y agudizar aún más los riesgos de desempleo, pobreza y falta de vivienda, los trastornos por consumo de drogas también alimentan el círculo vicioso de la desventaja. Esos resultados también pueden vincularse a actitudes estigmatizantes y a consecuencias dentro del sistema de justicia penal. Las mujeres, las minorías étnicas y los inmigrantes, los grupos sexualmente diversos, las personas desplazadas por los conflictos armados o los desastres y las personas que viven en entornos rurales también pueden verse afectadas de manera

desproporcionada por los trastornos por consumo de drogas o tener problemas para obtener servicios de tratamiento (UNODC, 2020a, p. 4).

A pesar de que se concluye un panorama grave ante la situación de las drogas a nivel mundial, desde la UNODC se enfatiza que persiste una notable limitación a la disponibilidad y el acceso de los servicios de base científica para el tratamiento de los trastornos relacionados al uso de drogas y las afecciones derivadas, pues en el mundo menos del 16% de personas con trastornos por el uso de drogas recibió tratamiento en 2015 (UNODC, 2017a). Además, el acceso a tratamiento varía notablemente de país a país, ya que entre 2015 y 2018 existió una importante diferencia en la cobertura que en cada país se ofreció, pues los porcentajes oscilaron desde menos del 1% hasta el 86% de cobertura, siendo algunos de los países industrializados donde existieron mayores porcentajes (UNODC, 2020a). Debido a que el promedio mundial corresponde al 16% (UNODC, 2020a), se puede deducir que en la mayoría de los países se ofrece una cobertura considerablemente baja.

Panorama en México y Guanajuato

En México, con la última edición de la *Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco [ENCODAT⁴]*, realizada entre 2016-2017, se indicó que, entre las personas de 12 a 65 años que consumieron cualquier droga⁵ por lo menos una vez en el año previo a la evaluación, la prevalencia fue de 2,6% (4,6% hombres y 1,3% mujeres). Esta prevalencia es menor a la estimación internacional, aun así, se reporta que ésta ha aumentado de manera considerable en el

⁴ ENCODAT 2016-2017. Es una herramienta probabilística con la capacidad de generar estimaciones de las prevalencias de consumo de tabaco, alcohol y drogas médicas e ilegales.

⁵ En la ENCODAT 2016-2017, el concepto “cualquier droga” hace referencia únicamente al consumo de sustancias psicoactivas ilegales o médicas fuera de prescripción, excluyendo al alcohol y el tabaco.

país y la brecha entre los sexos se ha reducido, pues el consumo entre las mujeres, que solía ser considerablemente menor respecto a los hombres, ha aumentado de manera significativa (Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz [INPRFM] et al., 2017).

En la *ENCODAT 2016-2017*, de igual manera se indica que el consumo por cualquier droga alguna vez en la vida, entre las personas de 12 a 65 años, había aumentado significativamente del 2011 al 2016. En cinco años, se pasó del 7,8% al 10,3% de esta población, representando 8 782 216 personas y variando de acuerdo al sexo, con un 16,2% en los hombres y un 4,8% en las mujeres (6 649 216 hombres y 2 133 000 mujeres, respectivamente). Por su parte, la dependencia a las drogas se reportó en un 0,6% de la misma población durante el 2016, con un 1,1% en hombres y un 0,2% en las mujeres. Esta última diferencia se hace más visible en el rango de 18 a 34 años de edad, con un 2% en los hombres y un 0,3% en las mujeres (INPRFM et al., 2017).

En cuanto al tipo de sustancia psicoactiva, el consumo de drogas ilegales alguna vez en la vida se reportó en el 9,9%, (15,8% hombres y 4,3% mujeres), mientras el consumo de drogas médicas significó el 1,3% (1,7% hombres y 0,6% mujeres). Las drogas ilegales de mayor consumo fueron la marihuana con el 8,6% y la cocaína 3,5%, por otra parte, el resto de las drogas presentaron un porcentaje igual o menor al 1,1% (INPRFM et al., 2017).

En el estado de Guanajuato, la prevalencia de consumo de cualquier droga, por lo menos una vez durante el 2016, fue de 2,7% (4,3% hombres y 1,3%). En cambio, respecto al consumo alguna vez en la vida, de cualquier droga, fue de 10% (hombres 15,7% y mujeres 4,8%), de drogas ilegales 9,6% (15,3% y mujeres 4,5%) y de drogas médicas 1,3% (hombres 1,7% y mujeres 1%). En general, las cifras no son muy distintas a la media nacional, pero usualmente

son ligeramente menores; sin embargo, se distingue que en las poblaciones de 12 a 17 y 26 a 34 años, el consumo de cualquier droga, ilegales y médicas, es mayor en el estado de Guanajuato respecto al promedio del país. También ocurre una excepción en el uso de drogas de tipo anfetamínico⁶, pues la tasa de consumo es mayor en el estado (0,7%) respecto al promedio nacional (0,4%), esta diferencia se enfatiza en las y los adolescentes guanajuatenses de 12 a 17 años (2,1% frente al 0,6% nacional). Algo similar ocurre en este mismo rango de edad con el uso de cocaína (1,6% frente al 0,6% nacional) (INPRFM et al., 2017).

La edad promedio nacional en el inicio del consumo de drogas, fue de 17,8 años (17,7 años en los hombres y 18,2 años en las mujeres). Respecto al estado de Guanajuato, no se reporta el promedio particular de edad de inicio, pero sí que se mantiene el rango de 18 a 34 años como el rango de mayor incidencia acumulada de consumo alguna vez en la vida (INPRFM et al., 2017).

En respuesta a la incidencia de consumo nacional, para 2016, menos de la mitad de la población mexicana había sido expuesta a campañas de prevención (47,1%), siendo habitualmente más las mujeres aquellas expuestas (49,4%), que los hombres (44,7%), y el estado de Hidalgo (con 54,8%) la entidad donde en promedio existió mayor cobertura. En Guanajuato, solamente se alcanzó al 46,8%, una cifra aún menor al promedio nacional (INPRFM et al., 2017).

⁶ Sustancia de tipo anfetamínico: En el *glosario de términos de alcohol y drogas* publicado por la Organización Mundial de la Salud en 1994, se define esta sustancia como “*un tipo de amina simpaticomimética con una potente actividad estimulante sobre el sistema nervioso central*”, las cuales se agrupan en los estimulantes de tipo anfetamina (ETA) donde se incluye a la anfetamina, la dexanfetamina y la metanfetamina, principalmente.

En contraste con la baja cobertura de campañas de prevención, a nivel nacional, según datos de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), reportados en el *Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral 2019*:

[...] de 2010 a 2017 se han registrado 22,856 fallecimientos por trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de distintas drogas (clasificación CIE-10), siendo 21,920 defunciones por el consumo de alcohol, 179 por el de tabaco y 757 por consumo de drogas ilícitas. En este periodo, el uso de inhalables representó la sustancia ilícita relacionada con un mayor número de muertes (115), seguido por los opiáceos (54), la cocaína (39) y por otro tipo de estimulantes (24). En estos ocho años las drogas con un mínimo de muertes relacionadas con su consumo fueron los cannabinoides (6), alucinógenos (3) y los sedantes e hipnóticos con dos decesos. (Comisión Nacional Contra las Adicciones [CONADIC], 2019, p. 61)

De manera general, la exposición, el uso, el abuso y la dependencia a las drogas, suele presentar un mayor porcentaje en los hombres respecto a las mujeres, tanto en todo México como en Guanajuato; no obstante, el incremento en los porcentajes sobre las mujeres se ha acelerado más, en contraste con el último reporte de 2011. Aun así, la percepción de riesgo ante el consumo de drogas suele ser más bajo entre hombres consumidores y no consumidores, que entre las mujeres consumidoras y no consumidoras. Pero la percepción de riesgo varía según el tipo de droga, pues entre la marihuana, la heroína, la cocaína, los inhalables y el alcohol, la marihuana fue la droga que menor percepción de riesgo reportó entre la población encuestada. A su vez, a excepción de esta última sustancia, en México, la percepción de riesgo sobre las drogas

enumeradas disminuyó entre los hombres de 18 a 34 años, mientras que entre las mujeres la percepción del riesgo creció conforme el rango de edad aumentaba (INPRFM et al., 2017).

Finalmente, a nivel nacional puede observarse que el porcentaje de consumo entre las personas de 12 a 25 años, que en 2016 habían consumido droga, varió en consideración a diversos indicadores sociodemográficos. Respecto a la situación escolar, el porcentaje de consumo entre quienes estudiaban al momento de la encuesta fue de 9,1%, mientras que, entre quienes no estaban adscritas a un programa escolar fue del 16,4%. Por otra parte, respecto a la situación laboral, el porcentaje de consumo entre las personas que contaban con un trabajo remunerado se reportó en 19,7%, por otro lado, en el 10,2% entre las personas amas de casa⁷ y en un 8,4% entre las personas en situación de desempleo (INPRFM et al., 2017). A pesar de que se presentan algunos factores sociodemográficos relacionados, en la encuesta no se hace explícita una recopilación de condiciones socioeconómicas asociadas a la exposición, el uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas.

Para describir los mecanismos involucrados en la oportunidad del consumo de drogas, en la encuesta se expone que, entre las personas de 12 a 65 años, el 73,4% no había estado expuesta a la oportunidad de consumo, mientras que el 36,6% restante sí lo estuvo. Al presentar la información en el reporte de la encuesta, se tomó en cuenta el haber tenido exposición a la oportunidad de consumir marihuana o haberlo tenido a otra droga –no se especifica si legal o

⁷ Ama de casa: término comúnmente utilizado en referencia a la persona que tiene como ocupación principal las tareas domésticas tradicionalmente asociadas al mantenimiento del hogar, el cuidado de los hijos, la limpieza de la casa, la administración del presupuesto, la compra de los víveres, la preparación de los alimentos y la responsabilidad sobre los conflictos ocurridos en el hogar. Esta ocupación es tradicionalmente impuesta y relacionada con las mujeres, de ahí la terminación en ‘a’ que indica femineidad sobre el sustantivo ‘ama’. Este trabajo no suele ser remunerado, por lo que coloquialmente no se reconoce como “trabajo”.

ilegal—. Asimismo, se utiliza el hecho de haber recibido como regalo o haber comprado marihuana como eje en relación con otros datos sociodemográficos. Aunque no se explica por qué se decidió elegir el consumo de marihuana como eje, sí se señala que tanto en hombres como mujeres que han tenido exposición o no a las drogas, los porcentajes por haber consumido marihuana son los más altos respecto a otras drogas ilegales (INPRFM et al., 2017).

Por otro lado, en la encuesta, a partir de cuatro ejes —exposición a la oportunidad de consumo, transición al uso, transición al abuso y transición a la dependencia—, se reportaron otros factores sociodemográficos entre las personas de 12 a 25 años en 2016. En relación con estos ejes, las poblaciones con mayor incidencia fueron:

- a) con haber tenido la oportunidad de consumir: los hombres (39,6%), las personas entre 18 a 25 años (39%), quienes estudiaban (35,2%), las personas con trabajo remunerado (44,8%) y las personas con un intento de suicidio (58,8%);
- b) con haber usado las drogas tras haber tenido la oportunidad: las mujeres (20,8%), las personas entre 18 a 25 años (20,9%), quienes no estudiaban (21,3%), las personas amas de casa (22,9%) y las personas sin un intento de suicidio (23,6%);
- c) con haber desarrollado un abuso del consumo tras la oportunidad: los hombres (17,5%), las personas entre 18 a 25 años (17,8%), quienes no estudiaban (18%), las personas con trabajo remunerado (17,7%) y las personas con un intento de suicidio (31,1%); y finalmente,
- d) con haber desarrollado dependencia al consumo tras el abuso: las mujeres (20%), las personas entre 12 a 17 años (25,4%), quienes no estudiaban (23,4%), las

personas con trabajo remunerado (22,4%) y las personas con un intento de suicidio (66,8%) (INPRFM et al., 2017).

Por otra parte, de entre las personas que posiblemente desarrollaron dependencia durante el año previo a la encuesta, solo 20,3% habían asistido a tratamiento (22% hombres y 12,8% mujeres). En cambio, entre quienes no habían asistido, las razones registradas por las cuales no se consultó con un profesional incluyen: pensó que no tenía un problema (27,4%), el problema se acabó solo (25,8%), pensó que el problema mejoraría solo (25,2%), pensó que podría resolverlo solo (25%), no sabe a dónde acudir (11,7%), no deseaba ser internado en contra de su voluntad (10,6 %), creyó que el tratamiento no les ayudaría (9,8%), no cuenta con suficientes recursos económicos (9,6%), pensó que le tomaría demasiado tiempo (8,8%), los centros de tratamiento le quedan lejos de su lugar de residencia (8,5%), no acudió por vergüenza (8,2%), el problema no le molesta mucho (7,8%), no estaba satisfecho con los servicios disponibles (7,5%), le preocupa lo que la gente piensa (7,0%), su seguro médico no cubre el tratamiento (6,0%), le resulta difícil llegar al sitio donde lo atenderán (4,3%), no podía conseguir una cita (3,8%), cualquier otra (3,2%) y el tratamiento antes no había funcionado (2,7%). Por ello, en la encuesta se destaca la existencia de barreras en el acceso a la información y los servicios de salud (INPRFM et al., 2017).

Respecto a la relación entre la exposición, el uso, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas con factores sociodemográficos, sobre Guanajuato no se presenta más información en el reporte de la *ENCODAT 2016-2017*. Aun así, retomando la incidencia de consumo según sustancia, recientemente se ha reportado que, en Guanajuato, la mayoría de las personas que

desarrollaron una dependencia severa a una sustancia psicoactiva y que han solicitado atención, ha sido por las metanfetaminas (Sánchez, 13 de octubre de 2020).

Ante esta realidad, el estado mexicano ha ido redactando políticas públicas que han tomado como base las recomendaciones internacionales de organismos como las Naciones Unidas. Aunque en estas políticas se incluye la mayoría de los puntos que se han recomendado, existen debates importantes en el país sobre adoptar algunos puntos controversiales, además, en las distintas jurisdicciones territoriales de nivel federativo persisten diferencias.

Capítulo 2

Política Pública y Estrategia de Atención

Aunque el consumo de sustancias psicoactivas ha sido una costumbre que ha acompañado a la humanidad desde hace mucho tiempo, compartiendo similitudes transculturales (Escohotado, 2000); desde el siglo XX se ha desarrollado un discurso internacional en preocupación por la creciente del consumo de estas sustancias y las problemáticas que se han identificado como entrelazadas. El debate ha sido distinto dependiendo de la sustancia, pues se ha separado al alcohol y el tabaco de otras sustancias psicoactivas, englobando estas últimas usualmente solo bajo el concepto de drogas⁸ (Paoli et al., 2012).

Es sobre las referidas drogas que se han acordado la mayoría de los convenios internacionales, pues si bien, se han hecho atribuciones negativas generales al hecho de consumir sustancias psicoactivas, el surgimiento del régimen internacional por el control de drogas – impulsado primero por Estados Unidos– se ha concentrado históricamente en la oferta, es decir, en el mercado de las drogas (Paoli et al., 2012). Sin embargo, la presión y el abordaje de estas situaciones ha presentado algunos cambios en el enfoque desde que estos discursos comenzaron a surgir.

⁸ En la tercera edición del manual de *Terminología e información sobre drogas*, publicado por Naciones Unidas en 2018, se hace una diferenciación entre droga y sustancias psicoactivas. Las primeras son sustancias sujetas a fiscalización internacional en acuerdo a las Listas I y II de la Convención de 1961; también en medicina se refiere a “*toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental*”; y en farmacología a “*toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos*” (p. 60). En cambio, Sustancia psicotrópica o psicoactiva se refiere a “*cualquier sustancia química que afecta a la mente o a los procesos mentales*”; y que aparezca en las Listas I, II, III o IV del Convenio sobre Sustancias Sicotrópicas de 1971 (p. 67).

Recomendaciones Internacionales

En la actualidad, se ha propuesto que el consumo de sustancias psicoactivas se diferencie según el carácter de consumo que la persona lleve a cabo. Entre las principales formas en que el espectro de posibles consumos se suele dividir, está la clasificación en tres caracteres: uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. El *uso* hace referencia al consumo aislado, episódico y/u ocasional con fines experimentales, recreativos o habituales, pero no indebidos. El *abuso* consiste en un consumo compulsivo, a su vez, este puede dividirse o cambiarse por otros dos conceptos: consumo de riesgo, cuando el consumo comienza a ser peligroso e implica importancia en la salud pública, y consumo perjudicial, cuando se desarrolla un hábito de consumo que causa daño físico o mental. Finalmente, la *dependencia* a sustancias puede ser de tipo psicológica y/o física, e implica una serie de fenómenos fisiológicos, cognitivos y comportamentales en donde el consumo adquiere una gran prioridad (Instituto Mexicano de la Juventud, 2018; Naciones Unidas, 2018).

Otra propuesta para describir el tipo de vinculación problemática que una persona puede tener con el consumo de una sustancia psicoactiva, es el concepto de *consumo problemático*. Este se implementa para referir aquellos consumos que afectan a la persona en una o más áreas personales y/o sociales y que, por tanto, merman su bienestar (Barrenengoa, 2019).

Es a partir de la década del '60 cuando ha tomado mayor fuerza el concepto más amplio de consumo problemático, en la medida en que el mismo permite poner de relieve el modo en que interfiere el uso de sustancias en la vida cotidiana de las personas y sus familias o comunidades, independientemente de que se trate de un sujeto que hace uso, abuso o posee cierta dependencia a sustancias (Barrenengoa, 2019, p. 72).

Sea la clasificación en uso, abuso y dependencia o la distinción de consumo problemático; instancias transnacionales como la OMS (1994) invitan a utilizar una terminología compartida desde la que se ofrezcan pautas al abordaje y sirva como lenguaje común que facilite la comunicación.

Sin embargo, aunque de manera internacional se han implementado abordajes semejantes, en el *Informe Mundial Sobre las Drogas* que la UNODC presentó en 2020, se enfatizó que sigue haciendo falta un trabajo coordinado entre las naciones para combatir las problemáticas vinculadas a las drogas (UNODC, 2020a). Por mencionar algunos de los mayores retos referidos, se ha relacionado: a) en salud, la comorbilidad con el desarrollo de trastornos mentales/neuronales (Marín Navarrete y Medina-Mora, 2018) y la alta prevalencia de contagio de enfermedades infecciosas de transmisión sanguínea (Robertson et al., 2014); b) en seguridad, la crisis de violencia relacionada a los grupos delictivos de tráfico ilegal de narcóticos (Naciones Unidas, 2016), y c) en derecho, las diferencias en el acceso/atención a servicios de salud y seguridad de acuerdo al nivel socioeconómico, localidad, edad y sexo (Naciones Unidas, 2016).

Ante ello, sigue siendo un pendiente cómo armonizar el abordaje de estas situaciones, y en las naciones persisten diferencias significativas en la priorización gubernamental, el desarrollo de políticas públicas y el modelo de atención profesional. Y es que, comenzando con la apertura de la opinión pública, en la población generalmente se mantiene una actitud en contra de quienes usan estas sustancias psicoactivas, pues se ha señalado que las representaciones sociales que actual y comúnmente se imponen y replican hacia las personas que consumen drogas, suelen estar cargadas de una estigmatización compuesta de atribuciones como la criminalización, la violencia y la enfermedad (Ahern et al., 2007; Félix Melo y Carneiro Maciel, 2016; Galaviz,

2015). Estas actitudes se pueden ver reflejadas en la historia de la atención al consumo de drogas, aunque la concepción y el abordaje han cambiado considerablemente a través del tiempo y la región (Escohotado, 2000; Paoli et al., 2012); incluso presentado mayor o menor apertura a una droga, al asociarla con un determinado origen étnico (Comisión Global de Políticas de Drogas, 2019).

Respecto al trabajo gubernamental internacional, en abril de 2016 se llevó a cabo la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), la cual se convocó bajo la iniciativa de Colombia, México y Guatemala; durante ésta se declaró un problema mundial a causa de las drogas y se brindaron una serie de recomendaciones para las naciones con el fin de combatir la problemática de manera colaborativa. En resumen, las recomendaciones fueron organizadas en siete ejes:

1. la reducción de la demanda y la atención de las medidas conexas, como la prevención y el tratamiento;
2. la disponibilidad y regulación para el uso exclusivamente médico y científico de las sustancias sujetas a fiscalización;
3. la reducción de la oferta y la atención de las medidas conexas como la delincuencia y, por lo tanto, la promoción de una cooperación jurídica;
4. un enfoque intersectorial que incluya la visión desde los derechos humanos y el salvaguarde de los sectores vulnerados
5. un enfoque intersectorial que aborde y contrarreste los retos y amenazas ante una realidad cambiante, tomando como base los acuerdos e instrumentos internacionales;

6. el reconocimiento y fortalecimiento de la cooperación internacional como una responsabilidad común y compartida; y finalmente,
7. el progreso de una política de fiscalización que estudie la vinculación entre la economía y las drogas, de tal manera que contemple un desarrollo alternativo legal del mercado (Naciones Unidas, 2016).

Con las recomendaciones de la UNGASS para el tratamiento, desde las Naciones Unidas (2016), se exhortó a los gobiernos miembros a reconocer la drogodependencia como un trastorno de salud complejo: donde se articulan múltiples factores, es de naturaleza crónica y está correlacionado a causas y consecuencias sociales y, sobre todo, puede ser prevenible y tratable. A su vez, se destacó la necesidad de desarrollar propuestas de atención basadas en evidencias científicas y de una variedad de modelos de tratamiento, con lo cual, se aliente a la búsqueda de atención profesional y se persiga la reinserción social de las personas afectadas por el consumo problemático y la dependencia de sustancias. Para esto último, se enfatiza como imprescindible el facilitar y ampliar el acceso de estos servicios a la población, a través de campañas de difusión y la construcción de políticas públicas eficientes.

Desde el Consorcio Internacional sobre Políticas de Drogas (IDPC, 2016), aunque se desarrollan una serie de críticas al proceso y los instrumentos finales generados tras UNGASS del 2016, se plantea que aquel espacio sirvió como “*un momento decisivo para la reforma de las políticas de drogas a escala mundial*” (p. 1). Quienes integran el consorcio, llaman a continuar con el seguimiento de los acuerdos y la revisión honesta de los objetivos planteados para 2019 en la UNGASS; sin embargo, en el IDPC señalan que, desde los datos de la misma ONU, algunos de estos objetivos son inalcanzables. Específicamente, desde el IDCP se denuncia un enfoque

centrado en la reducción/eliminación de las drogas, que puede ser visible en el planteamiento de objetivos generado tras las sesiones de la asamblea en 2016, pues objetivos similares ya habían sido acordados en la UNGASS de junio de 1998, con miras para el 2008; cumplido el plazo y sin haberse alcanzado las metas, se decidió alargar el plazo y continuar con una evaluación más adecuada de la situación mundial, agendando una evaluación de los avances también para 2019. Para ese año se agendó el cumplimiento de las metas de por lo menos tres declaraciones políticas similares, y cabe mencionar que en la UNGASS de 2016 no se estableció un plan a seguir rumbo al 2019 (IDPC, 2016).

Dado el notable vacío procedimental en la gestión del debate sobre las drogas en la UNGASS, quienes integran el IDPC solicitan a la asamblea:

1. garantizar el debate abierto e incluyente, donde se evalúen honestamente los avances y se incluya a la totalidad de agentes participantes, es decir, sin excluir la representatividad de a quienes más se ha afectado por las políticas de drogas anteriores, como es la comunidad civil usuaria de sustancias y las personas cercanas a estas;
2. retomar la orientación de los objetivos hacia políticas de regulación de drogas, abandonando la meta de alcanzar un mundo libre de estas;
3. apostar a la experimentación de nuevas políticas, por ejemplo, sobre la regulación del consumo;
4. terminar con la criminalización de las poblaciones que han sido más afectadas, generando medidas proporcionales al delito, de ser el caso, y siempre en un marco de derechos humanos; y, por último,

5. mantener un compromiso con los modelos de reducción de riesgos y daños (IDCP, 2016).

En estas recomendaciones puede observarse una postura que se distancia un tanto de la reducción de la demanda y oferta de drogas, como objetivo fundamental para la política pública internacional; con este abordaje, la responsabilidad gubernamental se concentraría en materia de la salud y los derechos humanos. Diferentes autores y autoras (Menéndez, 2012; Tizoc-Marquez, et al., 2017) remiten a este modelo como un paradigma en la política pública, conceptualizando el enfoque como: reducción de daños. A partir de este concepto, se persigue la disminución de daños que las personas pueden sufrir en un contexto donde consumen sustancias psicoactivas. De esta manera, antes que eliminar o prohibir el consumo de sustancias, se pretende favorecer el bienestar de las y los usuarios que consumen y, por lo tanto, es óptimo en las intervenciones donde ya las personas usan estas sustancias. Los principios usualmente consensados al hablar de este enfoque, incluyen el compromiso con el respeto de los derechos humanos, el apego a la evidencia científica, la justicia social, la colaboración con redes de personas que consumen sustancias y la evasión del estigma (Harm Reduction International [HRI], 2018). Como ejemplo de las estrategias basadas en este paradigma, se encuentra la repartición de agujas y jeringas estériles a las personas que se inyectan sustancias psicoactivas para evitar la propagación de enfermedades de transmisión sanguínea, una estrategia que ha presentado resultados favorables (Kulikowski y Linder, 2019).

El concepto “reducción de daños” puede definirse como el conjunto de políticas, programas e intervenciones destinados a minimizar las consecuencias adversas que el consumo de sustancias psicoactivas legales o ilegales ocasiona sobre la salud del

individuo o a la sociedad. Estas políticas se basan en un fuerte compromiso con la salud pública y los derechos humanos. La reducción de daños se opone a los prejuicios infligidos a personas consumidoras de drogas en nombre del control y la prevención del consumo de drogas, y promueve intervenciones que respetan y protegen los derechos humanos fundamentales (Bosque-Prous y Brugal, 2016, p. 100).

Una parte importante en el debate internacional reciente, es la crítica al paradigma prohibicionista que se han desarrollado de manera global durante el siglo XX, pues, se indica que con estos se parte de prejuicios y discriminación, en lugar de desde el acervo científico, sin distinguir las distintas formas en que las personas pueden relacionarse con el consumo de sustancias –uso, abuso y dependencia– (Zedillo Ponce de León et al., 2019). Además, en la misma ruta de la criminalización de la población que usa sustancias psicoactivas, se declara que los modelos punitivos han sido implementados en la mayor parte del mundo, según indican fundaciones como Transform Drug Policy Foundation (s.f.). Dicha fundación, a través de la campaña *Count the Cost 50 years of the war on drugs*, cuestionó las consecuencias que la estrategia de guerra contra las drogas⁹ ha significado:

Pese a la falta de evidencia respecto a que leyes más punitivas de drogas desalienten de manera significativa el consumo de estas sustancias, la criminalización sigue siendo el arma principal en la guerra contra las drogas. Pero utilizar el sistema de justicia penal para resolver un problema de salud pública no sólo ha demostrado ser ineficaz, sino también socialmente corrosivo. Ello promueve la estigmatización y

⁹ Guerra contra las drogas, es un concepto que se utiliza en referencia a la estrategia implementada contra la oferta en el mercado ilegal de sustancias psicoactivas. Se ha aplicado simultáneamente en varios países y suele estar acompañada de un modelo prohibicionista en las políticas públicas, programas e intervenciones implementadas.

discriminación, cuyo peso recae mayormente sobre poblaciones ya marginalizadas o vulnerables, y que teóricamente deben ser amparadas por políticas diseñadas para protegerlas (p. 3).

En consecuencia, algunas de las propuestas en crítica a estos enfoques punitivos ya han comenzado a ser puestas a prueba. Por ejemplo, está el caso de Uruguay, donde se legalizó el uso lúdico y medicinal del cannabis (Lissardy, 19 de diciembre de 2019) o en Portugal, donde no solo se despenalizó el uso de cualquier droga desde ya hace décadas, sino que se desarrolló un programa de salud pública donde la atención se focalizó en la reducción de daños y la descriminalización de las personas que consumen drogas (Linde, 6 de mayo de 2019).

Cabe aclarar que, según datos de la UNODC (2020a), en general, no se ha comprobado una reducción en el consumo de cannabis en las regiones donde políticas de legalización y regulación han sido implementadas. Incluso, el tráfico de narcóticos en ocasiones se ha llegado a sobreponer al del mercado legal, pues personas usuarias de esta sustancia tienden a seguir recurriendo a fuentes de tráfico, más que aquellas aprobadas por la legislación. Aun así, es importante reiterar que, con este enfoque centrado en la salud, no se persigue directamente la reducción en la demanda. Entre algunas de las ventajas de la legalización, –colaterales a la salud, pero no separadas–, que se argumentan en el *Informe Mundial Sobre las Drogas 2020*, está la sospecha de que los sistemas jurídicos donde se regula el uso de nuevas sustancias psicoactivas¹⁰ emergentes, han servido en la contención de éstas; igualmente que, la legalización del cannabis

¹⁰ Nuevas sustancias psicoactivas o NSP: son sustancias que han emergido relativamente recientemente en el mercado y que, por ello, no están sujetas a fiscalización. Éstas suelen presentar una menor demanda, pero algunas, como el fentanilo, han representado un efecto nocivo y muy potente, provocando altos índices de mortalidad en las regiones donde se ha popularizado.

en algunas regiones, puede tener una relación con la caída en las incautaciones por el tráfico de esta droga durante el 2018 (UNODC, 2020a).

En el pilotaje con este paradigma progresista, se dice pretender cambiar la concepción de criminalización del uso de sustancias psicoactivas por un enfoque de salud pública, donde se priorice los derechos humanos, para dar espacio a las investigaciones que generen políticas públicas basadas en evidencias empíricas, a través de las cuales, se explore por nuevas alternativas para un mayor índice de éxito entre la comunidad que se atiende (IDPC, 2016; Naciones Unidas, 2016; Nickerson y Attaran, 2012; Strang et al., 2012; Tena Suck y Marín Navarrete, 2017; UNODC, 2020a).

De hecho, aunque no se emplea el concepto reducción de daños, el efecto de este paradigma puede apreciarse en las recomendaciones internacionales actuales, pues las conclusiones expuestas en el *Informe Mundial Sobre las Drogas 2020*, parten de “*los vínculos que existen entre el problema mundial de las drogas, el desarrollo sostenible, la seguridad y el respeto de los derechos humanos*” (UNODC, 2020a, p. 1). Así, en este informe, con las labores internacionales a cumplir parece querer distanciarse de la criminalización, pues en el plan de trabajo se indicó una respuesta alternativa al prohibicionismo: a) la incorporación comunitaria de la prevención y el tratamiento con base científica, b) atender la desigualdad en el acceso a sustancias sujetas a fiscalización y el acceso médico a éstas, c) mejorar la calidad de vida de agricultores para reducir el cultivo ilícito, d) asistir las problemáticas específicas que se asignan a las mujeres y reducir la vulnerabilidad particular entre aquellas en contacto con el sistemas penal por delitos vinculados a las drogas, e) estudiar el mercado del cannabis, f) mejorar la cooperación internacional, identificando el carácter transnacional de las problemáticas

entrelazadas a las drogas, y g) investigar las complejidad del mercado de drogas y los cambios ante el contexto actual (UNODC, 2020a).

Así, parece visualizarse un discurso que va contra la tendencia habitual en la política pública, tanto como en la intervención clásica y el discurso civil cotidiano, donde se asume que los daños relacionados al consumo de drogas son intrínsecos a éstas. Sin negar la vinculación del uso de sustancias con el desarrollo de adversidades, se contempla un panorama amplio (Menéndez, 2012). Como estrategia a este panorama, con la reducción de daños y/o la reducción de riesgos y daños, se dice pretender ofrecer un marco pragmático.

Tanto Reducción de Riesgos como Reducción de Daños son dos conceptos próximos pero no idénticos, pues la reducción de riesgos se halla más próxima a la prevención en cuanto opera sobre la probabilidad de que acontezca un daño, mientras que la reducción de daños atañe más a la faceta asistencial en cuanto el daño está ya presente (Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y adicciones [RIOD], 2018, p. 11).

Las Instrucciones en México y Guanajuato

El abordaje desde donde en México se han atendido las problemáticas entrelazadas al uso conflictivo y la dependencia de sustancias psicoactivas, ha sido cuestionado por persistir en un enfoque de estigmatización y criminalización (Zedillo Ponce de León et al., 2019). Por ejemplo, en la encuesta *ENCODAT* publicada en 2017, se reportaron los factores sociodemográficos ligados a las declaraciones de personas que dijeron haber recibido marihuana como regalo o el haberla comprado, empero no se explica el porqué de esta compilación de testimonios y tampoco se hace esta recopilación con ninguna otra droga. Quizá la decisión de este protagonismo pueda

explicarse en que el cannabis es reportado como la droga de mayor uso, y entre las ilegales, es la principal con la que primero se experimentó; sin embargo, esta no es la sustancia reportada por mayor impacto (INPRFM, 2017; Secretaría de Salud, 2016). Tampoco se hace explícito algún planteamiento donde se vincule el uso de marihuana como factor potencial para el uso de otras drogas ilegales. Por lo tanto, tal vez al investigar solo esta sustancia, se antepuso un discurso de prejuicio, más que un aporte significativo de información.

Durante el 2009, en México se decretó un conjunto de reformas, adiciones y derogaciones a distintas disposiciones de la Ley General de Salud, el Código Penal Federal y el Código Federal de Procedimientos Penales, respecto a la despenalización de la posesión para uso inmediato de sustancias psicoactivas sujetas a fiscalización (Diario Oficial de la Federación, 20 de agosto de 2009); a esta serie de modificaciones, se les suele identificar como la “Ley contra el narcomenudeo” (Zamudio Angles, 2011). Con esta ley, se despenalizó la posesión de ciertas drogas anteriormente ilegales para su portación –opio, heroína, cannabis, cocaína, LSD, MDA, MDMA y metanfetamina–, mientras estas se mantuvieran en dosis menores a lo estipulado en una lista designada en el Artículo 479, de la Ley General de Salud; por su parte, la autoridad ministerial debería informar a la persona retenida sobre los centros o instituciones de orientación a la prevención de la dependencia de sustancias psicoactivas (Diario Oficial de la Federación, 20 de agosto de 2009).

Entre lo estipulado en este decreto, se realizó una diferenciación entre el delito por narcomenudeo y otros delitos contra la salud considerados más graves; el primero consistiría en la posesión de las sustancias enlistadas en cantidades altas, pero no suficientes para sospechar delincuencia organizada, en cambio, los delitos a la salud serían aquellos donde las cantidades

son aún mayores o el narcótico no se encuentra en la lista estipulada. Además, se agregó que las personas que presenten dependencia a una sustancia psicoactiva y sean sentenciadas a su internación en un centro de reclusión, contarían con servicios de rehabilitación. También, estas personas no serían señaladas por antecedente de mala conducta por su consumo, disponiendo de la posibilidad de una condena condicional o una libertad preparatoria, siempre y cuando se sometieran a rehabilitación con su tratamiento médico correspondiente (Diario Oficial de la Federación, 20 de agosto de 2009).

A pesar de que esta estrategia parecía formularse desde un marco en derechos humanos y disminución de daños, hoy día, ha sido repetidamente cuestionada a razón de una variedad de análisis de los resultados obtenidos, entre los cuales se señala: a) una ineficaz intervención para disminuir el abuso de sustancias y el desarrollo de trastornos derivados en la población (Wood et al., 2010), b) limitaciones en el de acceso a los servicio profesionales de salud (Zedillo Ponce de León et al., 2019), c) una ineficaz intervención para detener el incremento de la violencia (Rosen y Zepeda Martínez, 2014) y d) una cuestionable ejecución desde las autoridades estatales, como se lee en la nota: Cúmulo de pruebas contra García Luna (2020, 2 de junio).

Asimismo, se denuncia que en la respuesta federal se priorizó tomando como base el ámbito penal, lo cual, estropeó el desarrollo de una política en salud pública (Zedillo Ponce de León et al., 2019). Por ello, se señala que se siguió con un paradigma reduccionista y de criminalización de las y los consumidores de una heterogeneidad de drogas, pues se mantuvo una sentencia pública al uso de sustancias psicoactivas, sentencia que se agravaba en paralelo a la guerra contra el tráfico de narcóticos; pues, aunque se declaró una división de la política de seguridad y la de salud pública, en la aplicación, la respuesta gubernamental no fue tan distintiva

debido a que la implementación siguió siendo prioritariamente penal (Mackey et al., 2014; Russoniello, 2012).

En la práctica, las personas que usan drogas no son sujetos de una política de salud pública seria; más bien, son tratadas como delincuentes. Legalmente, el uso de sustancias prohibidas no es un delito. Sin embargo, todas las otras conductas enlazadas con sustancias ilícitas –incluida la posesión– sí están prohibidas. Esto significa que, en la práctica, las personas que las consumen son criminalizadas. Además, son particularmente vulnerables al uso arbitrario de la fuerza del Estado, incluida la detención ilegal, la tortura y el encarcelamiento (Zedillo Ponce de León et al. 2019, p. 36 - 37).

Incluso, las estrategias que se han desarrollado con un discurso a favor de las alternativas del abordaje punitivo como es el caso de los Tribunales de Tratamiento de Drogas (TTD), implementados en México y en otros países del continente americano, no han estado libres de críticas. El objetivo con los TTD, ha sido planteado a supervisar los casos de personas con situación de dependencia a drogas que cometieron un delito, el cual generalmente no consista en narcotráfico ni en delitos violentos; a fin de que estas personas se sometan a tratamiento, cuenten con una alternativa al procedimiento penal típico y puedan poner un alto “*a un ciclo de recaída, reincidencia y prisión*” (Organización de los Estados Americanos, 2013, p. 9).

Zedillo Ponce de León, entre otras y otros autores (2019), recopilan que la eficiencia de estos tribunales, ha sido cuestionada, debido a la singularidad de requisitos que la persona tiene que cumplir para ser acreedora, desde el perfil y las condiciones impuestas por el juez o jueza; inclusive que durante todo el proceso las persona pueden ser encarceladas por no completar el programa o como sanción, pudiendo llegar a pasar más tiempo en la cárcel que de no haber

tomado esta alternativa; y el hecho de que en México la mayoría de personas en quienes se usa este programa son hombres jóvenes por posesión simple de cannabis.

En México, en relación con las indicaciones generadas tras la UNGASS 2016, las instrucciones de política pública tomaron como base ejes muy similares a los siete ejes propuestos por la asamblea; a excepción del segundo y séptimo eje, los cuales no se adoptaron en el país, y exhortaban a la disponibilidad para uso médico y científico de las sustancias psicoactivas y al estudio de políticas de regulación que contemplaran el desarrollo alternativo del mercado (CONADIC, 2019; Naciones Unidas, 2016).

Con similitud a la asamblea, en el país, el marco normativo que rige las estrategias de prevención y atención de adicciones, así como el control de sustancias, se puede clasificar en dos mecanismos: la reducción de la demanda y la reducción de la oferta (CONADIC, 2019; Naciones Unidas, 2016). En la reducción de la demanda, se concentra la legislación y los mecanismos correspondientes a la prevención del consumo de sustancias ilegales y el tratamiento de trastornos derivados por el consumo; en la reducción de la oferta, el combate al crimen organizado y el narcotráfico (CONADIC, 2019; Secretaría de Salud, 2015). En el *Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018*, puede apreciarse que la legislación desde la que se parte es en materia de la salud pública y la seguridad; a la par, es de destacar que, aunque la indicación enuncia ser integral en este programa, la problematización es fundamentada en las repercusiones que el uso de sustancias psicoactivas genera en México (Secretaría de Salud, 2015). De esta manera, al determinar el consumo como origen de las problemáticas relacionadas a las drogas, el planteamiento se hace menos compatible con una lógica de reducción de daños, pues los mecanismos se concentraron

en la reducción de la oferta incluso en desproporción a la de la demanda (Tizoc-Marquez et al., 2017); en parte, puede ser que por esto la estrategia adherida a la legislación en 2009 no haya tenido éxito. Pero también, algo que se reitera imprescindible en una política para la reducción de daños, es el acceso a los servicios de salud, en cuanto recursos materiales y profesionales; y en el país, se ha contado con una limitada cobertura y poca inversión en los servicios de salud, mucho menos en la reducción de daños (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos [OECD], 2019; Tizoc-Marquez et al., 2017), además de existir una marcada desigualdad social (CONADIC, 2019; OECD, 2019).

En 2019, la CONADIC publicó el *Programa Nacional de Prevención del Uso, Abuso y Dependencia a Sustancias Psicoactivas y Participación Ciudadana*; según la comisión, la estrategia con éste se basa “*principalmente en la prevención, la detección oportuna y el tratamiento del uso, abuso y dependencia a sustancias psicoactivas*” (CONADIC, 2019, p. 7). De esta manera, se indicó que, en el marco de la prevención, la estrategia consistiría en impulsar y consolidar aquellos programas para la prevención del consumo de drogas que ya operan en el país, los cuales se dijo que están fundamentados en evidencia científica y la buena *praxis*. Al mismo tiempo, se dijo que la CONADIC ofrecería criterios para homologar estas intervenciones (CONADIC, 2019).

En cuanto al tratamiento por el consumo de drogas, se mencionó la existencia de dos principales modalidades que operan en el país: la ambulatoria y la residencial. En el *Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral 2019*, se desglosaron los datos de la población usuaria en estos servicios¹¹, en cuanto al número de

¹¹ Esta información se expone a mayor detalle en el Capítulo IV El Espiral de los Consumos Problemáticos.

registros, la epidemiología y otras breves características; por otra parte, respecto a los servicios, se enuncian los principales modelos de tratamiento, y la evaluación y seguimiento que se hace de ellos (CONADIC, 2019). No obstante, en los diferentes tipos de servicios disponibles, tanto privados como públicos, se observan diferencias significativas en cuanto a la información disponible, el número de personas usuarias, el perfil de consumo, la metodología e ideología, y la construcción histórica desde donde cada uno ha surgido (CONADIC, 2019). Asimismo, se manifiesta que aquellos servicios profesionales que cuentan con mayor supervisión gubernamental, no constituyen la mayor demanda que la población solicita (CONADIC, 2019).

Tras el cambio de gobierno en 2018, en el *Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*, respecto a las rutas de trabajo que la administración tendrá con las problemáticas entrelazadas a las drogas, se dice que, en la reducción de la demanda, se promoverá y garantizará “*el acceso efectivo, universal y gratuito de la población a los servicios de salud, la asistencia social y los medicamentos, bajo los principios de participación social, competencia técnica, calidad médica, pertinencia cultural y trato no discriminatorio*” (CONADIC, 2019, p.16) Por otra parte, en la reducción de la oferta, se menciona que en el país se conducirá “*la política exterior en apego a los principios constitucionales y articulada con las prioridades de política interior*” (CONADIC, 2019, p.16), asimismo, cumpliendo con el compromiso internacional por la colaboración en la responsabilidad de asuntos de seguridad internacional y con la *Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*, que con la Asamblea General de las Naciones Unidas se adoptó.

En realidad, el mayor giro en los nuevos objetivos redactados por esta administración, consiste en la intención de generar un amplio y mejor acceso gratuito a los servicios de salud, y en la priorización de la política interior; pues se da continuidad a la organización de los

mecanismos a partir de la reducción de la oferta y demanda de sustancias. De hecho, en las políticas de drogas nacionales ya se incluía la descripción de un enfoque integral basado en la salud pública, la prevención y reducción de daño social asociado al fenómeno de las drogas, y la contención y disuasión de la producción, tránsito y distribución de drogas (CONADIC, 2019). De igual manera, ya se mencionaba que se tenía contemplado *el respeto de los derechos humanos, la inclusión social, la equidad de género y la coordinación institucional*, como enfoque transversal a las políticas y los mecanismos de atención (CONADIC, 2019 p.17).

Como parte de los cambios de la nueva administración federal, se anunció que se desarrollaría una *Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones (ENPA)*:

La ENPA trabaja bajo dos ejes rectores: el primero, proteger a los menores del consumo de drogas mediante información clara, directa y útil (niños, niñas, juventudes, padres y madres de familia tutores, así como profesionales que trabajan con ellos, como docentes, cuidadores, entrenadores, prefectos, artistas y creadores, médicos, enfermeras, etc.); y el segundo eje, responsabilizar a los mayores de edad sobre los efectos del consumo de manera individual, física y social (personas que necesiten crear consciencia de la importancia de la salud mental; adultos con problemas de adicciones y profesionales que trabajen en la prevención de adicciones o de problemas de salud mental) (Secretaría de Salud, 2019, p3).

Pero, si bien en la *ENPA* se hace alusión a un abordaje integral, con perspectiva contra la estigmatización, con visión de equidad al amparar e integrar las poblaciones con circunstancias de vulnerabilidad, y con un enfoque que parta de la salud y los derechos humanos (Secretaría de Salud, 2019); se sigue detectando un discurso en la política pública conceptualizado a partir de la

reducción de la oferta y la demanda a partir de la abstinencia. Este patrón, asimismo, puede observarse en las recomendaciones y conclusiones presentadas en los reportes más recientes publicados por organismos gubernamentales, como es la *ENCODAT 2016-2017*, pues en ésta, tras referir las situaciones de desigualdad en el acceso a tratamiento, se concluye imprescindible advertir a las personas que consumen drogas de los problemas que su consumo le puede provocar:

Sin embargo, no son los únicos elementos a considerar. Hay que hacer notar a los consumidores cómo las drogas afectan su salud, sus actividades cotidianas, así como el entorno personal en el que se desenvuelve. Este punto es difícil ya que es necesario resaltar la problemática social, personal y de salud que su consumo puede ocasionarles (INPRFM et al., 2017, p. 90).

Cabe preguntarse si al designar indicaciones centradas en la evasión del consumo de sustancias psicoactivas, se persiste en el control del consumo en anteposición al mayor bienestar de la persona, especialmente, de quienes ya desarrollaron una situación de consumo problemático. De hecho, a pesar de que en la presentación de la ENPA se indica una intención crítica al prohibicionismo:

A partir de las políticas prohibicionistas, la criminalización y estigmatización de personas usuarias de drogas se convirtieron en factores de exclusión social. Ahora, siguiendo estándares internacionales, en lugar de juzgar a los jóvenes consumidores se plantea escucharlos, atenderlos, brindarles ayuda (Secretaría de Salud, 2019, p. 3).

E igualmente, se declara que se separará la atención de la seguridad y de la salud pública, distinguiendo entre narcomenudeo y personas que consumen sustancias:

La nueva política de drogas separa la oferta como un asunto de seguridad y a los consumidores y las adicciones los trata como un asunto de salud pública, centrada en la atención de las adicciones, construyendo nuevos derechos y alternativas políticas en materia de drogas (Secretaría de Salud, 2019, p. 18).

En la ENPA, no se declara explícitamente que se planea favorecer una política pública con base en el paradigma de la reducción de daños. Solamente se dice que se partirá desde la salud pública –lo cual ya se había declarado en otras administraciones–, también que se reducirá el consumo mediante acciones de información y prevención, y a pesar de que se indica la promoción de la reducción de riesgos y daños, no se explica cómo y no se vuelve a recuperar el concepto durante el informe de presentación de la ENPA (Secretaría de Salud, 2019). De hecho, desde la Red Mexicana de Reducción de Daños (Redumex), se manifiesta la urgencia de una política pública en reducción de daños, pues realmente no existe tal más allá de la acuñación del término (Ospina-Escobar, 11 de junio de 2019).

En consecuencia, la articulación entre prevención-reducción de daños y tratamiento termina siendo sólo una formulación de la NOM-028 que, al no traducirse en una estrategia, desemboca en que la abstinencia sea la meta exclusiva de la política nacional frente al uso de drogas (Ospina-Escobar, 11 de junio de 2019, párr. 3).

Aun cuando el discurso entre la prevención del consumo de sustancias y la reducción de daños, puede ser muy similares al ser atravesados por otros discursos en materia de derechos

humanos y la salud pública; estos matices marcan la diferencia entre un paradigma prohibicionista –donde una principal y casi limitada estrategia es la prevención, para generar abstinencia y no fomentar la oferta– y uno en la reducción de riesgos y daños –donde se presentan los pros y contras del consumo, se pretende el mayor bienestar posible y se combaten las barreras en el acceso de quienes usan sustancias psicoactivas y quienes desarrollaron un consumo problemático o trastornos, pues con estas últimas personas se persigue la reinserción paulatina– (Menéndez, 2012).

En adhesión al debate entre si la política pública debe de ser más o menos progresista y aunque se comparta una intención integral que contemple la salud pública como parte del bienestar social; en las estrategias de prevención e información implementadas en 2020, apareció una campaña que ha podido ser vista y escuchada en televisión y radio nacional, en la cual se sigue la premisa de: *“en el mundo de las drogas no hay final feliz”*. Ésta ha sido objeto de crítica por reproducir: *“estereotipos peligrosos que discriminan a quienes tienen enfermedades mentales, a quienes tienen menos poder adquisitivo, y revictimiza a quienes fueron víctimas de violencia familiar, sexual y de la delincuencia organizada”*, según se indica en un análisis publicado por el periódico Animal Político, en colaboración con la organización México Unido Contra la Delincuencia (Salazar et al., 28 de agosto de 2020). Si bien, esta estrategia corresponde al objetivo de prevención, no cumple con el cómo se llevaría a cabo.

Guanajuato y la Estigmatización Normada

Sin mucho contraste respecto a los datos anteriores, en Guanajuato, en 2019 se anunció que el gobierno estatal pondría en marcha un acuerdo para la prevención de adicciones, donde se tomaría como base un modelo aplicado en Islandia, el cual habría conseguido buenos resultados en aquel país. De la misma manera, el gobernador del estado anunció que el objetivo sería trabajar con la niñez y juventud guanajuatense, con el fin de “*rescatar una generación completa*”, obteniendo resultados apreciables a los cinco años de verse iniciado el proyecto (Gobierno del Estado de Guanajuato, 27 de noviembre de 2019, párr. 5).

En concordancia, en el *Programa Estatal para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2019-2024* publicado por el gobierno del estado de Guanajuato (Periódico Oficial, 5 de marzo de 2020), se menciona una vinculación entre el uso de drogas y la violencia, pero el desarrollo de esta relación se limitó a englobar el uso de sustancias psicoactivas como un factor y conducta de riesgo, al indicar que existe una vinculación entre la muerte prematura por “*enfermedades coronarias, los accidentes cardiovasculares, el cáncer y el VIH/sida*” (p. 34), con el uso de drogas, alcohol y tabaco, así como, conductas sexuales de alto riesgo; traduciendo esta incidencia a “*costos económicos y sociales a los Sistemas de Salud, Justicia Penal y Seguridad Pública*” (p. 35). Ahí, de nuevo, se enunció que, como estrategia transversal para promover hábitos saludables, desde un enfoque preventivo, se trabajaría “*el desarrollo de acciones integrales para la prevención y atención de las adicciones*” (p. 52).

El trabajo por cumplir en la entidad, de acuerdo al programa, consistiría en eventos enfocados en la prevención y dirigidos a niñas, niños y adolescentes de 6 a 17 años; otra parte correspondería a talleres enfocados a la prevención, factores de protección y factores de riesgo,

dirigidos a adolescentes de 12 a 17 años; la formación de promotores y multiplicadores para la prevención, y ampliar el tamizaje de detección de riesgos y de casos positivos (Periódico Oficial, 5 de marzo de 2020, p. 52).

Más recientemente, una regidora del estado de Guanajuato, denunció que en la entidad no se contaba con una política pública en respuesta al crecimiento del consumo de drogas, entre las que destaca la prevalencia por el uso de cristal. Ella afirmó que, al preguntar sobre los avances con el proyecto del modelo islandés para la prevención del consumo de drogas, no encontró mayor información en la Secretaría de Salud estatal (Ochoa, 13 de octubre de 2020).

Puede notarse diferencias en la aproximación que a nivel federal y estatal se proyecta, quizá traduciéndose en una falta de coordinación, pero aun considerando la mayor similitud entre la política pública federal y las recomendaciones internacionales, persiste a nivel federal y estatal un enfoque que se concentra en la prevención, y en ocasiones sólo se limita a ésta. En el estado de Guanajuato, el abordaje queda reducido únicamente a una breve aproximación con la niñez y la juventud, dejando en un segundo plano la población, especialmente la adulta, que ya consume sustancias y enfrenta problemáticas relacionadas al consumo problemático, la dependencia y los factores que agravan estas situaciones. Con este olvido, aún con las diferencias, ambos discursos oficiales no se distancian por completo de un enfoque estigmatizante, por lo tanto, no integral y de criminalización.

Por otra parte, apenas el 19 de noviembre de 2020, se aprobó en el senado de la república la legalización del uso adulto de la mariguana; esta regulación permitiría a este grupo etario el uso a través del cultivo personal no lucrativo, en organizaciones cannábicas y establecimientos autorizados (González Vargas, 19 de noviembre de 2020). Sin embargo, las críticas a este

proyecto se han presentado, pues la organización civil MUCD, lanzó un comunicado donde cuestionaba el beneficio que las personas usuarias de cannabis podrían percibir realmente; entre los señalamientos se incluye que: se votó un proyecto sin terminar, solo se legalizó parcialmente la posesión de marihuana y se favoreció a la inversión de empresas privadas por sobre el uso recreativo real, pues excluye a la población manteniéndola *“en un mercado ilícito y penalizado que seguirá afectando a las personas más desprotegidas”* (MUCD, 19 de noviembre de 2020, p.1).

La ley aprobada habilita un mercado que permite a las empresas producir y comercializar cannabis, pero que penaliza y vigila a quien la va a consumir. Bajo este esquema México sería el primer país en crear una regulación para el uso adulto de la cannabis y a la vez, continúa la prohibición. Se mantiene la criminalización de las personas usuarias permitiendo que éstas sean perseguidas penal y administrativamente, y enfrenten castigos con cárcel y multas de hasta diez mil pesos (MUCD, 19 de noviembre de 2020, p.1).

A la fecha, el gobierno de Guanajuato no se ha pronunciado sobre el nuevo proyecto, pero en el partido político de ascendencia del gobernador estatal, aunque existen algunas posturas a favor, principalmente se han pronunciado en desacuerdo a la estrategia, argumentado que ésta traerá apertura al uso de otras drogas y la delincuencia (González Vargas, 19 de noviembre de 2020). Por ello, este último argumento merece ser analizado.

Capítulo 3

Vinculaciones entre las Drogas, el Crimen y la Violencia

Quizá alguna de las mayores diferencias desde donde se parte en un enfoque prohibicionista, a diferencia de uno por la reducción de daños, es que en éste se entiende el consumo y la derivación a abuso y dependencia, como una decisión personal donde se ignora la total socioestructura que perpetúa los ciclos de consumo problemático y las problemáticas entrelazadas. También se ignoran las propiedades que cada sustancia psicoactiva tiene, al englobarse en conceptos difusos como legales o ilegales. Pero la vinculación entre lo que te lleva al consumo y lo que implica, es compleja.

Por ejemplo, se ha encontrado que, la vía de administración y preparación de dosis es un factor importante en las propiedades para generar dependencia de una sustancia psicoactiva (Danenberg et al., 2013). De igual manera, se ha denunciado que el sometimiento a fiscalización, desde los convenios internacionales, no es proporcional al nivel de daño real de cada sustancia (Comisión Global de Políticas de Drogas, 2019). Y es menester reiterar la multitud de los factores transversos al desarrollo de problemáticas vinculadas al uso de sustancias, como la desigualdad económica y otros factores estructurales que vulneran el acceso a servicios o la integración social de la persona (Transform Drug Policy Foundation, s.f.; UNODC, 2020a).

Además, cabe preguntarse qué ha sido aquello que ha favorecido a la concentración internacional en la reducción/eliminación del consumo de sustancias y el combate a la oferta del mercado. Como se mencionó anteriormente, el consumo de sustancias se ha ligado a

estigmatizaciones de crimen, y el mercado de drogas ilegales a la operación de grupos de crimen organizado.

¿Cómo se Relaciona el Consumo con el Delito y la Violencia

Los nexos entre el uso de drogas, el crimen y la violencia han sido una basta materia de debate. Comenzando por la discusión del vínculo entre el uso de sustancias psicoactivas y el delito, el tema es reiteradamente acuñado en proyectos de investigación (Brochu et al., 2018; UNODC, 2020b), a veces para seguir discutiendo sobre el tema, otras como un hecho a partir del cual se construye el proyecto (Rafaiee, et al., 2013). En el mismo sentido, esta vinculación puede ser hallada en departamentos u oficinas especializadas en su abordaje, como el caso de la UNODC, ya que en esta oficina de las Naciones Unidas se da cobertura a las situaciones asociadas a las drogas, pero también a las referentes al delito. Y es que, entre algunas de las conclusiones que se repiten en la investigación de estos nexos, está que las personas que desarrollan dependencia hacia las drogas pueden ser más susceptibles a cometer delitos; entre estos se destacan, principalmente, los delitos del tipo adquisitivo o aquellos que les permitan conseguir ingresos para mantener su consumo (Goldstein, 1985; Rafaiee, et al., 2013).

Uno de los puntos de discusión que surgen tras esto, es preguntarse ¿qué condujo a qué?, pues se pudo haber desarrollado conductas delictivas previas al consumo de sustancias, o en cambio, las conductas adictivas podrían haber llevado a cometer delitos. Por ello, más que en encontrar factores de causalidad, se suele promover la atención a factores de riesgo que coinciden con el abuso de sustancias psicoactivas y el de conductas delictivas, y normalmente, la discusión se enfoca en que ambas conductas pueden ser retroalimentativas (UNODC, 2020b).

Es importante reconocer que el consumo de drogas y el comportamiento delictivo tienen muchos factores de riesgo en común, por lo que la correlación entre el consumo de drogas y el delito puede ser falsa, ya que puede deberse a factores de riesgo asociados con el delito (UNODC, 2020b, p. 50-51).

El entrelazamiento entre el consumo de drogas y el delito es complejo, y se ha investigado repetidamente de qué diferentes formas ambas situaciones pueden vincularse. Algunas de las variables que se han tomado en cuenta para esta discusión, han sido, por ejemplo, la prevalencia de consumo de drogas entre personas reclusas en centros penitenciarios, la prevalencia de intoxicación de sustancias psicoactivas durante la perpetración de un crimen – principalmente en autoafirmación– e incluso la adjudicación a las sustancias como potenciadoras de la conducta delictiva según el testimonio de las propias personas que cometieron el delito (Brochu et al., 2018; Goldstein, 1985; Payne y Gaffney, 2012; UNODC, 2020b).

Si bien se encuentra cierta vinculación entre el uso de drogas y la perpetración de crímenes, la proporción entre las personas que consumen y cometen un crimen puede ser baja, y aún menor al tratarse de crímenes violentos (MacCoun et al., 2003); además, respecto a la relación de causalidad entre el uso de alguna sustancia psicoactiva y el delito, las conclusiones son complicadas de generalizar a todos los casos y a todas las drogas, pues las incidencias son muy variables (Brochu et al., 2018).

De hecho, entre las personas que entran en contacto con el sistema de justicia penal, suele haber bastante más atribución al uso de alcohol, como condicionante o implicación, en el desempeño de la conducta delictiva, tanto en aquellos delitos donde se ejerció violencia como en los que no (Organización Mundial de la Salud [OMS] y Organización Panamericana de la Salud

[OPS], 2018; Payne y Gaffney, 2012; UNODC, 2020b). También, en general, se ha encontrado mayor relación en la intoxicación con alcohol y el ejercicio de conductas violentas, respecto a otras sustancias (OMS y OPS, 2018; UNODC, 2020b); y aunque se han hallado coincidencias similares con sustancias psicoactivas de carácter estimulante, como la heroína y la cocaína (Brochu et al., 2018; García Aurrecochea, Alba Robles, Rodríguez Kuri y Fernández Cáceres, 2017; Rafaiee, et al., 2013), es bastante más baja la prevalencia en el uso de estas sustancias en comparación al uso del alcohol (Brochu et al., 2018; Payne y Gaffney, 2012).

En 2002, se presentó la primera y única edición del *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, un informe que se enunció con pretensiones de ser anual, pero que no se ha seguido desarrollando. En este informe donde se reportaba la prevalencia y las situaciones entrelazadas a la violencia, se señalan algunas correlaciones entre ésta y el uso de drogas; por ejemplo, entre la juventud que ejerce comportamientos violentos y delictivos, el uso de drogas podría propiciar un desenlace con lesiones más graves o inclusive la muerte (OPS, 2002); no obstante, se reitera que los efectos pueden ser muy variados dependiendo de la sustancia usada (UNODC, 2020b).

En el *Estudio Mundial sobre el Homicidio*¹² 2019, se destaca que existe una vasta evidencia científica donde se vincula el comportamiento cerebral generado por el uso y/o dependencia de algunas drogas con la perpetración de crímenes violentos; sin embargo, se resalta que es el consumo excesivo de alcohol episódico¹³ la mayor influencia ligada al uso de sustancias psicoactivas entre personas que cometieron homicidio (UNODC, 2019a). Según estos datos, el 37% de las personas que cometieron un homicidio entre 2012 y 2015, estaba bajo el

¹² Global Study of Homicide o Estudio Global Sobre el Homicidio por su traducción al español.

¹³ Consiste en el consumo de 60 gramos o más de alcohol puro en una sola ocasión (OMS y OPS, 2018).

efecto de alguna sustancia psicoactiva; de ese porcentaje, el 90% lo hizo bajo la influencia del alcohol (UNODC, 2019a).

En contraste, respecto al crimen y victimización, aunque el uso sustancias como el alcohol y las drogas tipo estimulantes, está más relacionado con el papel de perpetrador, en algunas ocasiones, el mismo alcohol y otras sustancias como los analgésicos tipo opio, el cannabis, el tabaco u otras drogas, principalmente depresivas, generan vulnerabilidad a ser víctima de un delito o agresión (Brochu et al., 2018). Además, pueden desglosarse, incluso, más especificidades en las tendencias de perpetrador y víctima, pues en repetidas ocasiones se ha hecho énfasis en la alta incidencia de hombres bajo intoxicación que ejercieron violencia en una relación íntima con una mujer, ahí, el uso de alcohol ha ocupado una mayor prevalencia en la intoxicación respecto a otras drogas (Cafferky et al., 2018; OMS y OPS, 2018; Weiss et al., 2014); en consecuencia, las mujeres que recibieron violencia por parte de su pareja, pueden ser más susceptibles a desarrollar dependencia de sustancias (UNODC, 2020b). Así, la vinculación entre drogas, delito y violencia puede retroalimentarse en más de una dirección y con matices muy distintos en el tipo de sustancia.

Continuando con el énfasis según el sexo, en general, son muchas más las condenas de hombres sobre delitos relacionados a las drogas que las de mujeres; pero en proporción, son más las mujeres condenadas por estos delitos, pues es más frecuente que cuando las mujeres son condenadas ante el sistema de justicia penal sea por cargos relacionados a las drogas (UNODC, 2020a). Sin embargo, los datos anteriores pueden ser confusos, pues la proclividad al tipo de delito puede ser muy distinta dependiendo de la sustancia. Como se dijo antes, el alcohol y el uso de estimulantes coincide en la atribución de crímenes y violencia por parte de quienes

perpetraron; empero, el cannabis tiende a tener menor atribución en ambos casos (Payne y Gaffney, 2012). Aun así, de entre las drogas sujetas a fiscalización, el cannabis fue la droga más implicada en la comparecencia de las personas ante el sistema de justicia penal (UNODC, 2020b). Pero, justo en relación al carácter fiscal de la droga, los delitos asociados al alcohol, una sustancia con controles fiscales más laxos, corresponden en un alto porcentaje a lo asociado al tránsito vehicular (OMS y OPS, 2018); en cambio, de manera no comparable, muchos de los delitos asociados a sustancias ilegales corresponden al delito por posesión y tráfico (UNODC, 2020b). Por lo tanto, el vínculo de las drogas con el delito va más allá del uso de sustancias, pues también depende del carácter legal o ilegal de la sustancia, ya que al estar sujetas a fiscalización, las drogas ilegales implican un delito por posesión y venta.

En realidad, en los reportes de delitos relacionados a las drogas se suele excluir al alcohol y el tabaco, y concentrarse en las sustancias sujetas a fiscalización, por lo que la información presentada tiende a limitarse a los delitos más comunes relacionados a estas sustancias: delitos por posesión para uso personal y delitos por tráfico de drogas ilegales. Se estima que 3,1 millones de personas en el mundo fueron arrestadas por delitos asociados a las drogas (39% por tráfico y 61% por uso), de éstas 1,6 millones quedaron convictas (56% tráfico y 44% por uso), mientras 2,4 millones permanecen bajo arresto (78% por tráfico y 22% por uso) (UNODC, 2020b).

De acuerdo con los datos de 69 naciones que brindaron información a la UNODC (2020b), entre 2014 y 2018, de las personas que fueron presentadas ante la ley por delitos de posesión y tráfico de drogas ilegales, la mayoría fueron hombres (el 88% de los casos). En más de la mitad de todos los casos, la droga implicada fue el cannabis, seguido de las drogas de tipo

anfetamínico (en el 19% de los casos); aunque los datos variaron dependiendo de la región, pues en América, por ejemplo, las drogas más implicadas fueron el cannabis y la cocaína. De igual manera se hace mención a que, aunque las mujeres representan un porcentaje menor en los delitos relacionados a las drogas, muchas de las arrestadas por tráfico de drogas también fueron víctimas de trata de personas o explotación sexual y han sido obligadas a transportar drogas (UNODC, 2020b).

Con esto último, se reitera que la vinculación entre las sustancias psicoactivas y la violencia hace conjunción en situaciones a la vez distintas al consumo de sustancias y las propiedades de éstas *per se*. De manera rápida, se puede deducir que las vinculaciones son además atravesadas por factores como: el carácter fiscal de la sustancia, el mercado de las drogas y el peso estructural según el sexo. Por ello, al hablar de la vinculación entre estas sustancias, el crimen y la violencia, se habla de entrelazamientos varios, y se argumenta sobre contextos y situaciones más que de solo determinantes. Un ejemplo puede ser que la exposición a entornos de consumo problemático, dependencia y tráfico de drogas más que condicionantes, son circunstancias que abonan a la proclividad de ejercer o padecer violencia; esta situación, puede ser el caso de las zonas urbanas, donde la prevalencia de violencia y las problemáticas vinculadas a las drogas parecen mantener relación (UNODC, 2019a).

Respecto al sexo, sobre la violencia se pueden notar diferencias significativas, por ejemplo, en el total de homicidios registrados durante 2017, pues el número de homicidios contra los hombres se registró en 377 043 casos, mientras que contra las mujeres se registraron 86 779 casos; de esta manera, América fue el continente con mayor número de casos en hombres (155 179) y Asia en mujeres (33 517) (UNODC, 2019a). De hecho, de manera general, es con los

hombres jóvenes con quienes se encuentra una mayor asociación hacia altos niveles de violencia y homicidios, tanto en el caso de víctimas como perpetradores; y esta tendencia persiste en los actos de violencia relacionados al uso de sustancias, así como en lo correspondiente al crimen organizado en el tráfico de drogas (UNODC, 2019a). En cambio, las mujeres presentan un índice considerablemente menor en la prevalencia de homicidio, pero la violencia ejercida contra ellas parece operar de una manera estructural distinta a la de los hombres, pues son más los casos donde el homicidio fue catalogado por motivo de género, al ser habitualmente perpetrados en lo interpersonal por parte de familiares y parejas íntimas (en el 58% de los casos), o fuera del ámbito personal, son recurrentes los asesinatos que conllevan un carácter sexual, como los perpetrados contra las trabajadoras sexuales¹⁴; a la vez, menos del 10% del total de homicidios registrados tuvieron como principal sospechosa a una mujer entre 2014, 2015 y 2016 (UNODC, 2019a).

Si bien, ni en el *Estudio Mundial sobre el Homicidio 2019*, ni en el *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud 2002* se ahonda profundamente sobre la incidencia en la relación entre la violencia y el uso, el uso problemático o la dependencia de las sustancias; al abordar el tema del narcotráfico, los índices de violencia y homicidio son notorios (OPS, 2002; UNODC, 2019a). El 19% de los homicidios en 2017 fue responsabilidad de los grupos de crimen organizado, por ello, en los países identificados con mayor producción y tráfico de narcóticos se

¹⁴ Si bien en el informe de las Naciones Unidas se usó el término trabajo sexual como concepto reivindicativo, existe un efusivo debate en torno a si la explotación sexual y la prostitución son inescindibles. La autora Deborah Daich (2012) señala que en algunas posturas se argumenta que cualquier actividad que surja desde la explotación del cuerpo –habitualmente de las mujeres– no puede considerarse trabajo, mientras en otras se opta por un marco de regularización. A pesar de las diferencias, ella recupera que en ambas posturas se tiende a concordar que esta población suele ser ampliamente marginada, invisibilizada y violentada. Pero también, agrega que es imprescindible no desestimar su agencia.

encuentra también un alto crecimiento en la tasa de homicidios (UNODC, 2019a). A pesar de lo anterior, se vuelve particularmente complejo el describir los mecanismos enlazados al narcotráfico y las actividades delictivas implicadas (UNODC, 2019a).

El continente americano, por sí mismo, es el continente con la mayor tasa de homicidio culposo en el mundo (17,2 por cada 100 000 habitantes), pero dentro de éste pueden hallarse igualmente diferencias significativas en la prevalencia:

En Centroamérica, por ejemplo, el país con mayor tasa de homicidios en 2017 tuvo una tasa de 62,1, más de siete veces la del país con la menor. En América del Sur, el país con mayor tasa de homicidios tuvo una tasa de 56,8, más de 16 veces la del país con la menor. Dentro de los países, los altos niveles de homicidio se agrupan, y algunas poblaciones locales enfrentan tasas de homicidio comparables a las tasas de muerte en zonas de conflicto y otras tienen un riesgo considerablemente bajo (UNODC, 2019a, p. 18-19).

El tráfico de drogas ilegales está asociado con altos niveles de violencia en países como México y Colombia, pero no parece ocurrir de la misma forma en otros países productores de droga como Afganistán, Bolivia y Perú (UNODC, 2020b). La operación del crimen organizado, como es en los cárteles de droga, repercute de manera distinta según la región y las circunstancias transversas; es el caso de algunas regiones de América Latina, donde se ha mantenido un auge de los grupos delictivos de tráfico de drogas, a los que se les atribuye la responsabilidad de las altas tasas de homicidio a lo largo de la región (UNODC, 2019a).

En suma, sobre la complejidad en materia de tráfico y violencia, en América Latina se han denunciado fracasos en las políticas de seguridad y las de regulación de drogas, así como actos de corrupción e ilegalidad desde los agentes estatales (Sain y Rodríguez Games, 2015). Por ello, en este contexto, al hablar de las problemáticas entrelazadas a las drogas resulta imprescindible aludir a las fuentes de abastecimiento, es decir, el narcotráfico.

El Contexto en México y Guanajuato

Crimen, Drogas y Encarcelamiento

En los resultados de la *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción Sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2019*, el 65,4% de la población mexicana de 18 años o más, identificó como principal conducta delictiva o antisocial el consumo de alcohol en la calle, seguido por un 62% en el robo o asalto, un 51,1% en el consumo de droga y 35,2% en la venta de droga. En contraste, en Guanajuato el orden fue: consumo de alcohol en la calle, consumo de droga, robo o asaltos frecuentes y pandillerismo (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2019).

En la *ENCODAT 2016-2017*, también se captura la información referente a la conducta antisocial y la delincuencia en la población mexicana; según los datos, existe generalmente una mayor incidencia entre los hombres respecto a las mujeres. El 4% de la población había formado parte en riñas o peleas (6,4% hombres y 1,7% mujeres), el 1,2% había tomado dinero o cosas que no le pertenecían (1,9 hombres y 0,7 mujeres); de estas últimas, fueron las y los adolescentes de 12 a 17 años el sector con mayor prevalencia en este factor (con un 5,7%), en comparación a los rangos de 18 a 34 (4,6%) y 35 a 65 (2,7%) años. También se recopila la incidencia por haber tomado dinero o cosas que no le pertenecían con un 1,2% (1,9 hombres y 0,7% mujeres), por haber atacado a alguien con algún tipo de arma de fuego con un 0,8% (1,1% hombres y 0,5%

mujeres), por haber vendido droga con un 0,3% (hombres 0,5% y mujeres 0,1%) y por haber usado un cuchillo o una pistola para obtener un objeto de otra persona con un 0,2% (0,3% hombres y menos del 0,1% en mujeres) (INPRFM et al., 2017).

Centros de Reclusión para Adolescentes. De acuerdo con una encuesta realizada durante marzo del 2016 en los Centros de Internamiento Especializados para los Adolescentes, por la CONADIC (2019) en coordinación con la Dirección General de Prevención y Tratamiento de Menores (DGPTM); del total de adolescentes que contestaron la encuesta, solo 0,6% no había tenido ningún contacto con alguna sustancia psicoactiva. En cambio, el 98%, previo a su internación, había consumido alguna droga incluyendo alcohol y tabaco. En relación con la edad de inicio en el consumo de sustancias psicoactivas, ésta fue considerablemente menor a la media nacional, pues el 51,9% inició su consumo entre los 14 a 17 años, mientras el 46,7% lo hizo cuando tenía 13 años o menos. También se reporta que bajo la influencia de alcohol y/u otra sustancia psicoactiva, el 40% de las y los adolescentes había cometido el delito relacionado a su ingreso.

Sin embargo, el estudio anteriormente referido presenta una diferencia significativa en comparación al reporte del *Sistema de Vigilancia Epidemiológica para las Adicciones (SISVEA) 2016*; pues mientras en el primero se reporta un porcentaje de 40%, entre las y los adolescentes que cometieron el delito bajo el efecto de alguna droga, en el *SISVEA del mismo año* solamente se indica en el 28,1% (Secretaría de Salud, 2016). Incluso, este porcentaje es menor en el *SISVEA 2018*, ya que solamente se reportó en el 12,5% entre quienes ingresaron por primera vez (CONADIC, 2019).

De este 12,5% de adolescentes, el 47,7% lo hizo bajo el influjo del alcohol, 24,6% por inhalables y 16,9% por marihuana; además, el 98,5% se trató de hombres mientras que el 1,5% fueron mujeres, una diferencia entre sexos más amplia que del total de adolescentes participantes en la investigación (91,4% hombres y 9,2% mujeres) (CONADIC, 2019). Pero se observa un cambio en el orden respecto al *SISVEA 2016*, pues en aquella versión la primera sustancia fue el alcohol (34,8%), después la marihuana (31,5%) y los inhalables (15,1%) (Secretaría de Salud, 2016).

En el *SISVEA 2018* (CONADIC, 2019), también se reportaron los principales motivos de ingreso de quienes se encontraron bajo el efecto de alguna droga al momento del delito, entre estos se incluye: robo (6,5%), actos violentos (1,9%), delitos contra la salud (1,2%), delitos sexuales (1,2%) y portación de arma de fuego (0,4%); aquí, los actos violentos ocuparon la segunda posición, mientras que entre las y los adolescentes que no se encontraban bajo efecto de una droga, ocuparon la quinta. Del total de delitos con consumo de drogas, el 5% de adolescentes comentó que lo hizo para obtener una sustancia psicoactiva; un dato que contrasta con el argumento habitual donde se resaltan los delitos para obtener dinero y mantener el consumo, como los principales entre quienes usan sustancias (Rafaiee, et al., 2013; UNODC, 2020b).

Aunque en el *SISVEA 2018*, se reportó un perfil de consumo, no se clasificó el carácter de éste, por lo tanto, no se contó con el diagnóstico de si las y los adolescentes participantes presentaban sólo un consumo regular o si éste era problemático o con dependencia. Solo se indicó que del total de quienes participaron, el 76,6% afirmó consumir habitualmente alguna sustancia psicoactiva (CONADIC, 2019); un porcentaje menor a lo reportado en la versión previa (87,5%) (Secretaría de Salud, 2016). De igual manera, en México no se tiene un registro

claro sobre el número de personas con dependencia a sustancias en los centros penitenciarios para mayores de edad, según el Diagnóstico de Supervisión Penitenciaria (DNSP) (Comisión Nacional de Derechos Humanos [CNDH], 2019b).

Sin embargo, en la legislación nacional mexicana, se incluye la indicación de una atención integral intrínseca a las detenciones relacionadas a la posesión de sustancias psicoactivas, y las personas que reporten tener, o se identifique, farmacodependencia; y aunque se haga énfasis en los servicios de programas contra las adicciones y tratamientos de desintoxicación/rehabilitación, la disponibilidad de estos servicios es limitada, tanto en los centros de internamiento para menores (CNDH, 2019a), como en los centros penitenciarios para personas adultas (CNDH, 2019b).

De hecho, la CNDH en 2019 emitió un informe especial sobre los 45 centros del país para el tratamiento interno de adolescentes que infringen la ley penal; en éste, aunque no se destacan cuestiones alarmantes como la sobrepoblación, la observación general fue que se detectaban una serie de situaciones contrarias a una variedad de normas nacionales e internacionales, pues vulneraban los derechos de la población adolescente alojada. Entre éstas situaciones, se encontró adversidades en: el trato; las instalaciones y salubridad; los espacios para servicios y actividades; las áreas y el personal especializado; la alimentación; el orden y la disciplina; la correcta separación y clasificación; las sanciones; la existencia de reglamentos y manuales de procedimientos; el servicio médico; programas contra las adicciones; la suficiencia de personal; las actividades de reintegración social y familiar; la capacitación del personal y supervisión de centro; los recursos que permitan los vínculos con personas del exterior; así como, la accesibilidad de personas con discapacidad física (CNDH, 2019a).

En cuanto al estado de Guanajuato, en el mixto y único Centro de Internamiento para Adolescentes, se reportó: una carencia de áreas para el acceso a servicios y actividades, condiciones de desigualdad de las áreas y personal dirigido a las mujeres, deficiencias en la alimentación, inadecuada separación y clasificación, irregularidades en la presentación del servicio médico y deficiencias que afectan los vínculos con las personas del exterior (CNDH, 2019a). Contando con 6 de las 21 irregularidades reportadas y sin reportes de hacinamiento.

Centros de Reclusión para Personas Adultas. Una situación similar ocurre en los centros dirigidos a la reinserción social de personas adultas, pues se presentan también carencias y adversidades en los recursos materiales y humanos por la cantidad, calidad y especialización, distanciándose de los parámetros recomendados y acordados en tratados internacionales (INEGI, 2017). En cuanto a los programas de atención y prevención de dependencia a sustancias psicoactivas:

En el DNSP de 2016 se pudo observar que en los centros estatales visitados, en el 30% no se cuenta con algún programa para la prevención de adicciones y en el 40% se carece de uno sobre desintoxicación voluntaria. Mientras que en los centros federales, de 20 que se encuentran actualmente en funcionamiento, en 12 de ellos faltan programas para la prevención de adicciones y desintoxicación voluntaria. En lo que respecta a centros municipales, no se cuenta con algún programa para la prevención de adicciones y de desintoxicación voluntaria (CNDH, 2019b).

Aunque las cifras de estos últimos varían un tanto respecto a lo capturado por el INEGI en 2017, se indica que el 71% de los centros penitenciarios estatales cuenta con programas de

prevención de las adicciones, pero solo 58% tiene al menos un programa de rehabilitación de adicciones (INEGI, 2017).

En un informe presentado por la CNDH (2019b), también se identificó aquellos delitos más relacionados al consumo de drogas: los delitos originados del efecto farmacológico por el uso de sustancias, la delincuencia funcional o instrumental para obtener dinero, el narcomenudeo y el narcotráfico a gran escala¹⁵. Al mismo tiempo, a pesar de que se enunciaron como los cuatro delitos relacionados al consumo de drogas, en el informe se indica que son los delitos más frecuentes entre las personas que desarrollaron una dependencia a las sustancias, por lo que no se hace una distinción o explicación precisa de a qué carácter de consumo (uso o dependencia) realmente se refiere.

En México, según datos de la CNDH (2019b), aunque no se tiene el dato de cuántas realmente son, se estima que de las personas adultas internas en prisión que presentan dependencia a sustancias, el 94% son hombres y el 6% mujeres, en ambos casos, la mayoría contando con 26 a 35 años. En cuanto al tipo de delito cometido por estas poblaciones, se observan similitudes respecto al sexo, siendo el homicidio, el robo con violencia y los delitos contra la salud el primer, segundo y cuarto principales tipos; pero en las diferencias, fue en los hombres el delito por abuso sexual el tercero, y sin repetirse en las mujeres, la pederastia y la delincuencia organizada el noveno y décimo respectivamente. En cuanto a las mujeres, fue el secuestro el tercer delito más frecuente, y sin repetirse en los hombres, las lesiones y la corrupción de menores el séptimo y décimo tipo. Además, son más los hombres, que las mujeres,

¹⁵ Aunque no se referencia en el informe citado, esta clasificación parte del marco tripartito propuesto por Goldstein en 1985.

quienes presentaron farmacodependencia y que ya contaban con una sentencia (68% hombres y 55,5% mujeres). Igualmente son más los hombres que asisten a tratamiento de rehabilitación por farmacodependencia (hombres 78, 8% y mujeres 69, 1%) (CNDH, 2019b).

Asimismo, en lo expuesto por la CNDH (2019b) se indica que, dentro de los mismos centros penitenciarios, el uso de drogas implica una variedad de otros delitos y conductas violentas, pues las personas pueden ser parte de riñas, motines, inducirse autolesiones, concretar un suicidio e inclusive perpetrar o ser víctimas de homicidio. A la vez, implica un riesgo de contagio de enfermedades como el VIH y la variedad de formas de hepatitis.

Con la información presentada hasta ahora¹⁶, es importante recuperar que ni en los centros penitenciarios, ni en los centros de reclusión para menores, se ofrece información precisa del consumo de sustancias distinguiendo entre uso, abuso y dependencia en la población residente. Por ello, resulta confuso reportar los datos reales de correlación entre crimen y carácter del consumo. De hecho, se tiende a englobar en consumo de drogas o a veces en farmacodependencia/adicción, lo que resulta cuestionable para garantizar la atención centrada en la salud y los derechos humanos que en las instrucciones nacionales se declara. De hecho, en Guanajuato el código penal del estado, indica que las personas que hayan cometido un delito producto de *“la adicción a bebidas alcohólicas, estupefacientes, psicotrópicos o sustancias que produzcan efectos similares, independientemente de la pena que corresponda, se le someterá a un tratamiento de deshabitación por parte de la autoridad de salud”*¹⁷. De lo anterior, llama la

¹⁶ En los informes citados sobre la situación de los centros penitenciarios y titulares, no se incluyó información específica sobre Guanajuato en relación con los temas de perfil de consumo, prevalencia de farmacodependencia y motivo de ingreso.

¹⁷ Capítulo X Deshabitación, Artículo 91, del Código Penal del Estado de Guanajuato.

atención la elección de términos y el que no se hace explícito el proceso para identificar el diagnóstico.

Cabe aclarar que, según lo reportado por la CNDH (2019b), en los centros penitenciarios del país, para diciembre de 2017 el 33% se encontraba con sobrepoblación, y se señala que ésta es en buena medida resultado del encarcelamiento por delitos relacionados al consumo y tráfico de drogas. El INEGI (2017) destaca que la sobrepoblación es uno de los principales retos que se enfrenta en el sistema penitenciario nacional, pues la tasa correspondió al 110% en 2016, siendo la más baja desde el 2010. Sobre esto, algo que ha fomentado el hacinamiento, es la excedente cantidad de personas reclusas que aún no cuentan con sentencia, pero residen en los centros (33% para 2016) (INEGI, 2017).

En cuanto a Guanajuato, según los datos del INEGI (2017), la tasa de sobrepoblación fue de 79% para 2016, por lo que no se reportó hacinamiento, empero alrededor del 40% de la población no contaba con sentencia. También fue la entidad con menor número de incidencias, personas fallecidas y heridas al interior del centro. Y la segunda que más gastó por persona reclusa, aunque en general el gasto público del país es poco en este aspecto. Por otra parte, se reportó que, de los siete centros penitenciarios en la entidad para 2016, ninguno contaba con guardería, pero ahí vivían menores con sus madres. Además, sólo aproximadamente el 40% del personal del centro contaba con capacitación básica; agregando que en la legislación mexicana no se ofrece un perfil de personal laboral para los centros penitenciarios, limitándose comúnmente al trabajo de vigilancia y custodia.

Finalmente, se reconoce que, según los datos reportados por la entidad, Guanajuato tuvo el mayor puntaje (8,22 sobre 10) en la evaluación realizada por el DNSP 2016; se añade que, en

los centros penitenciarios, sin especificar cuáles o cuántos, opera el programa “Vive sin Drogas”, un programa centrado en la abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas (CNDH, 2019b). También es de destacar que en la entidad se contaba con la continuación de tratamiento contra las adicciones como parte del programa post penitenciario en 2016 (INEGI, 2017).

Narcomenudeo y crímenes contra la salud. De momento, la imagen más clara que se tiene de las personas adultas y adolescentes que fueron internadas por cometer delitos; es que la mayoría fueron hombres, jóvenes y con escolaridad hasta la secundaria (INEGI, 2017; Secretaría de Salud, 2016).

En síntesis, los datos anteriores nos ofrecen una fotografía de las principales características de quiénes se encontraban en los centros penitenciarios estatales durante 2016, donde la mayoría fueron hombres, mexicanos, personas entre los 18 y 29 años de edad y secundaria como máximo grado de estudios concluido (INEGI, 2017, p. 13).

El 26 de junio de 2020, con motivo del *Día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas*, se presentó un comunicado de estadísticas por parte del INEGI (2020) con datos del 2018. En este, se reportó fundamentalmente las estadísticas de los delitos relacionados a las drogas: narcomenudeo y los delitos contra la salud asociados a narcóticos. Los tres principales puntos reportados fueron: a) una tasa de 83,9 delitos de narcomenudeo y delitos contra la salud por cada cien mil habitantes de 12 años o más; b) el narcomenudeo como el delito con mayor incidencia por el cual se imputó a un o una adolescente, después del delito por robo; y finalmente, c) de a quienes se imputó por narcomenudeo (80,3% adolescentes y 41,6% personas adultas), la mayor parte fue por la tenencia de cannabis, de las cuales, más de la mitad portaba entre 5 y 100 gramos.

En el informe (INEGI, 2020), se destaca que los delitos relacionados con las drogas registrados durante 2018, crecieron a casi el doble de los reportados en 2016, aunque en comparación a otros delitos, su incremento fue menor. De manera inconsistente, se distingue que, en el mismo periodo de tiempo, se presentó una disminución en la cantidad de delitos vinculados a las drogas que recibieron sentencia, sea condenatoria o absolutoria. Aun así, los delitos por narcomenudeo y los delitos contra la salud asociados a narcóticos, siguieron representando una de las primeras causas en la imputación de averiguaciones previas y carpetas de investigación –principalmente en personas adolescentes–, así como entre quienes iniciaron proceso en los tribunales de justicia (principalmente personas adultas).

Respecto a los delitos registrados por narcomenudeo en 2018, de las conductas que lo componen, la principal fue la posesión simple (82,7%), por una gran mayoría tanto en adolescentes como adultos; además, la posesión simple aumentó en un 205% de 2016 a 2018. En cuanto a los delitos registrados contra la salud asociados a narcóticos en 2018, también la mayoría supuso la posesión (37,7%). Respecto al sexo, se observa una diferencia significativa debido a que la mayoría de personas imputadas, procesadas y sentenciadas fueron hombres; aunque, se destaca un incremento de aproximadamente más del doble en las mujeres desde 2016 a 2018 y no hay diferencias significativas en la proporción de quienes finalmente recibieron sentencia (INEGI, 2020).

Retomando el tema del aumento de delitos relacionados con las drogas y la disminución de sentencias, cabe aclarar en primer lugar que, entre las personas adultas sentenciadas en el fuero común, el narcomenudeo fue el segundo principal delito; a la vez, en el fuero federal los delitos relacionados con drogas fueron el primero. En segundo lugar, considerando que al

finalizar el 2018, del total de personas adultas internas en centros penitenciarios por delitos relacionados con sustancias psicoactivas, el 44% no había recibido sentencia en los centros estatales, mientras el 30% en los centros federales. Por lo tanto, tal vez la disminución general de las sentencias por delitos relacionados a las drogas, aunque no sea coherente con el aumento de delitos, podría en parte explicarse por la falta de sentencias concretadas (INEGI, 2020).

El informe finaliza sugiriendo que, debido a la alta cantidad de imputaciones por posesión simple de cannabis, el dictamen aprobado en marzo de 2020 para ampliar la dosis permitida de esta sustancia a un rango de 28 g a 200 g serviría de: *“oportunidad para promover la justicia transicional en México, y con ello generar políticas públicas que atiendan los factores de riesgo desde un enfoque de salud pública y de derechos humanos para los usuarios de sustancias psicoactivas”* (INEGI, 2020, p.18). Asimismo, la ampliación en la posesión lícita del cannabis y la liberación de personas sentenciadas por su posesión simple, podría significar la descongestión del sistema penitenciario en el país.

El Narcotráfico y el Genocidio Mexicano

El fenómeno del tráfico de drogas ilegales ha significado un panorama significativo para la realidad mexicana, como se ha mencionado, la nación es identificada como una de las regiones donde la violencia, ligada a los cárteles de tráfico de narcóticos, ha cobrado más vidas. En la *ENVIPE 2019*, igualmente se reporta que, durante ese año, en México, el 67,2% de las personas mayores de 18 años, consideró que la inseguridad era el problema más importante que le aquejaba al día de la encuesta. Esta incidencia aumentó respecto al año anterior y presentó variaciones según el sexo, la entidad federativa y nivel de organización territorial –entidad federativa, municipio o demarcación territorial y colonia o localidad–. De esta manera, en

promedio, las mujeres percibieron mayor inseguridad respecto a los hombres, y en cuanto a la percepción en su propia entidad federativa, Guanajuato fue el estado con el porcentaje general más alto (88,8% en contraste al 78,9% nacional) (INEGI, 2019).

En el *Índice de Paz México 2020*, se reporta que en el país se ha desarrollado una fragmentación de los grupos principales de delincuencia organizada, lo cual provocó aumentos en la extorsión y los delitos de narcomenudeo y, por tanto, detonó *“una diversificación de las actividades delictivas, violencia extrema y un alza imparable de la tasa de homicidios en México, ya que los grupos más reducidos se disputan el control de territorios y de las rutas de trasiego de droga”* (Institute for Economics & Peace [IEP], 2020, p.10). La tasa de los crímenes perpetrados por estos grupos delictivos se incrementó en un 24,3% de 2018 a 2019 y un 46% desde 2015; de estos actos, la principal actividad fueron los delitos de narcomenudeo que aumentaron un 75% durante esos cuatro años (IEP, 2020).

Como se dijo anteriormente, las relaciones entre el crimen organizado y la incidencia de la violencia es compleja y no siempre se han podido comprobar correlaciones como que a mayor presencia de crimen organizado en un país la tasa de homicidios aumenta. A pesar de todo, los cambios en el mercado de narcóticos y en la operación de grupos delictivos de tráfico, sí han presentado un aparente vínculo con los niveles de violencia. Por ejemplo, durante un periodo de aumentos en el flujo de tráfico de cocaína, se observaron ascensos en los homicidios en algunos países como es el caso de México y otras naciones de Latinoamérica. También en México, se observó que, en 2011, la tasa de homicidio se triplicó en relación con la desestabilización de los cárteles de droga (UNODC, 2019b).

De los casos de homicidio doloso en México, durante 2017, el 75% constó de ejecuciones del crimen organizado, y esta modalidad tuvo un crecimiento del 55% en un año, según lo reportado por el titular de Semáforo Delictivo, Santiago Rangel (Vela, 24 de enero de 2018). De hecho, actualmente América es el continente con la más alta tasa de homicidio doloso y, aun así, en 2018, México presentó una tasa superior a la del promedio en el continente con 26,7 homicidios por cada 100 000 habitantes; esta cifra representa un crecimiento del 87,4% respecto al 2015 (Zepeda Lecuona y Jiménez Rodríguez, 2019). Dentro de esta incidencia, aquel año, los homicidios ligados a la violencia por el tráfico de narcóticos alcanzaron el 17,9 de ejecuciones por cada 100 000 habitantes; y de las registradas en 2019, de no incluir las ejecuciones derivadas del tráfico de drogas, la cifra podría ser 65% menor que el total registrado ese año (IEP, 2020).

En las cifras por homicidio doloso de 2018, se observan diferencias significativas respecto al sexo, pues el 92% de las víctimas fueron hombres y el 8% mujeres; no obstante, en estas cifras no se incluyen las víctimas por feminicidio¹⁸ (Zepeda Lecuona y Jiménez Rodríguez, 2019). Contemplando los casos de feminicidio, la tasa mensual de homicidios de mujeres aumentó un 84,7% desde 2015 a 2019 (pasando de 0,24 a 0,45 por cada 100 000 habitantes), mientras que la de hombres creció más del doble (de 1,79 a 4,0) (IEP, 2020). Sobre los datos, en el *Índice de Paz México 2020*, se enuncia que “*no queda claro por qué las tasas de homicidios de hombres y de mujeres crecen a la par, ya que, históricamente, es más probable que las*

¹⁸ Es menester recordar que, aunque la tasa de homicidio es considerablemente más alta en los hombres, la violencia homicida a la que han sido sujetas las mujeres es distinta, de ahí el término feminicidio. Asimismo, como se mencionó anteriormente, también son mayoritariamente más los homicidios perpetrados por hombres que por mujeres.

*muertes de hombres estén relacionadas con la delincuencia organizada, y las muertes de mujeres, con la violencia familiar*¹⁹” (IEP, 2020, p.23).

De hecho, se ha observado que, en México, en promedio entre el 50% y 60% de los homicidios de mujeres, pueden estar relacionados al crimen organizado; esta correlación puede ser incluso mayor en las entidades más afectadas por la violencia, como en Guanajuato, donde se estima una relación de hasta el 70% u 80% (Martínez, 25 de agosto de 2020). Debido a que también ha aumentado el homicidio de mujeres y niñas que tenían un vínculo afectivo o sanguíneo con alguien que era parte del crimen organizado (Balderas, 13 de febrero de 2019); este fenómeno podría explicarse desde el concepto de “*femigenocidio*”, propuesto por Rita Segato, para describir una estrategia de conquista entre dos contrincantes basado en herir a la mujer, a la que se percibe de pertenencia al enemigo, así, se consumaría la victoria (Laura Segato desmenuza en la IBERO el concepto de 'femigenocidio', 21 de noviembre de 2018).

En total, a 13 años de la guerra contra las drogas, se calcula que por lo menos 175 000 personas han sido asesinadas (IEP, 2020) y en el último cálculo del equipo de Impunidad Cero²⁰, se estima un 89% de impunidad correspondiente a los delitos por homicidio doloso en México (Zepeda Lecuona y Jiménez Rodríguez, 2019).

En 2018, el 40,8% del total de víctimas por homicidio doloso en México, se concentró en cinco entidades federativas: Guanajuato, Baja California, el Estado de México, Jalisco y

¹⁹ En el caso de las mujeres, en el IEP se usó el término de “*violencia familiar*” para referirse al patrón de perpetradores, usualmente hombres, que eran parte de su familia y cometieron violencia contra ellas. También es destacable la incidencia de otros perpetradores que eran igualmente conocidos por la mujer víctima.

²⁰ Según la descripción disponible en su sitio web, “‘Impunidad Cero’ es un proyecto de la sociedad civil, que tiene por objetivo analizar, visibilizar y medir la impunidad para poder combatirla”. <https://www.impunidadcero.org/>

Chihuahua (Zepeda Lecuona y Jiménez Rodríguez, 2019). Ese año, Guanajuato fue la quinta entidad con la mayor tasa de homicidios en el país (53,8 por cada 100 000 personas) (Zepeda Lecuona y Jiménez Rodríguez, 2019), pero al siguiente año ascendió a la cuarta (56,3) (IEP, 2020). No obstante, Guanajuato ha sido la entidad con mayor número de homicidios por dos años consecutivos, de tal manera que de los 36 661 homicidios registrados en México durante el 2019 (32 530 hombres, 3 893 mujeres y 238 no especificados), 4 019 se registraron en Guanajuato (3 586 hombres, 412 mujeres y 21 no especificados), representando el 11,2% del total nacional (INEGI, 29 de octubre de 2020²¹).

El incremento en el número de homicidios en Guanajuato ha sido relacionado al alza en la tasa de crímenes por la delincuencia organizada, la cual ha crecido en un 162% desde el 2015 al 2019 en el estado, mientras, la tasa de delitos por narcomenudeo ascendió de 51,6 a 150 casos por cada 100 000 entre esos mismos años (IEP, 2020).

La disputa territorial, cada vez más intensa, entre el CJNG y el cártel de Santa Rosa de Lima ha provocado el aumento de las tasas de homicidios, delitos cometidos con armas de fuego y crímenes de la delincuencia organizada en Guanajuato. Esos dos grupos de la delincuencia organizada buscan el control territorial del estado para llevar a cabo el robo de combustible, la extorsión y el secuestro, así como el comercio de drogas (IEP, 2020, p.18).

En el primer semestre de 2020, el país ha alcanzado por sexto año consecutivo un aumento significativo en el número de homicidios dolosos registrados; mientras, Guanajuato ha

²¹ Estos datos corresponden a la actualización más reciente disponible en el portal del INEGI desde el 29 de octubre de 2020.

presentado un incremento del 31,8%, en comparación al registro del año anterior, a la vez, de nuevo fue la entidad con mayor número de carpetas de investigación iniciadas (Angel, 21 de julio de 2020). Además, el número de feminicidios también aumentó en el país y en la entidad durante este lapso (Asesinatos y feminicidios han aumentado en 17 estados de enero a julio, 20 de agosto de 2020). En total, Guanajuato ha sido la entidad con el mayor número de homicidios durante el primer semestre de ese año, concentrando el 15% del registro nacional; y aunque en comparación a la media nacional, presenta mejores indicadores en el esclarecimiento de estos delitos, la impunidad persiste en seis de cada siete nuevos homicidios registrados y solo una detención de cada ocho nuevos homicidios (Angel, 15 de septiembre de 2020).

A pesar de que en los registros oficiales se favorece el esclarecimiento de delitos en comparación al resto del país, y que todavía a mediados de 2019 se negaba la existencia de fosas clandestinas en territorio estatal (Domínguez, 22 de septiembre de 2019); se han descubierto numerosos restos óseos en la entidad y la existencia de fosas que se han vinculado a los cárteles de drogas de la región (No son 59 cuerpos: colectivos de búsqueda estimaron que son más de 100 personas en fosa clandestina de Guanajuato, 30 de octubre de 2020). Ante este panorama, se denuncia una falta de coordinación, cooperación y aceptación de responsabilidades entre el gobierno estatal y federal para responder a las alzas de violencia e impunidad en Guanajuato (Espinosa, 22 de noviembre de 2020). Lo cual también pudo observarse reflejado en las estrategias de atención que se desarrollan de manera paralela.

Capítulo 4

Un Tratamiento Lejano y los Anexos como Alternativa

La Atención Pública y la Atención Privada

Frente a un panorama de violencia y guerra, el consumo problemático de sustancias psicoactivas se agrava y el tratamiento no se separa del contexto. Según la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC, 2019a), en México existen en operación dos modalidades de tratamiento principales para el consumo de drogas: ambulatoria y residencial. En la modalidad ambulatoria se encuentran las 341 unidades de los Centros de Atención Primaria en Adicciones (CAPA), las 106 unidades de los Centros de Integración Juvenil (CIJ) y otra cantidad no registrada de servicios ofrecidos por clínicas particulares. En la modalidad residencial, están las 45 unidades de hospitalización del CIJ y una gran variedad de establecimientos privados de los cuales se tiene el censo de 2 108 unidades, aunque solo 1 045 están registradas y 348 reconocidas ante la comisión. Sobre estos últimos centros residenciales, se menciona que muchos *“surgieron hace décadas como una respuesta de la sociedad para cubrir la escasez de este tipo de unidades en los servicios de salud gubernamentales”* (p. 44).

Durante 2018, en las unidades CAPA se atendió a 34 152 personas usuarias de drogas, el mismo año, en los CIJ se registró a 21 989 como solicitantes de tratamiento por consumo de drogas. En cambio, respecto a los servicios residenciales de organizaciones no gubernamentales, aunque no se tiene un dato preciso de los ingresos, se tiene el registro de 32,3 camas por centro de los 2 107 establecimientos censados para 2018; siendo que en promedio 3 personas ocupan una cama, se calcula que se atiende aproximadamente a 204 177 personas anualmente; empero, se aclara que no se cuenta con información detallada ni datos de distribución como el sexo

(CONADIC, 2019). De esta manera, los CAPA, los CIJ y los Centros residenciales no gubernamentales, cubren la mayor demanda de servicios para el tratamiento del consumo problemático y la dependencia de sustancias psicoactivas en el país.

Estos últimos centros, los residenciales no gubernamentales, son aquellos que surgieron desde hace algunas décadas en el país y son mayoritariamente de carácter privado y organizados por la sociedad civil. Por su notable cobertura a la demanda de servicios de tratamiento para las problemáticas relacionadas al consumo de drogas, desde 2010, se puede obtener una certificación de la CONADIC si el centro cumple con la NOM-028-SSA2-1999, en por lo menos el 80% de los estándares de calidad estipulados en la norma (CONADIC, 2019).

Según lo registrado en la *ENCODAT 2016-2017*, el 8% de las personas consumidoras de drogas, ilícitas o médicas, acudió a tratamiento durante el año previo a la evaluación (9,3% hombres y 3,9% mujeres), mientras que entre quienes reportaron dependencia el 20,4% asistió a tratamiento (22,1% hombres y 12,8% mujeres). En ese año, de los hombres que reportaron dependencia, el 54,2% acudía a un tratamiento residencial, el 53% a la internación en un anexo y 51,1% a un tratamiento por desintoxicación. En cuanto a las mujeres, fue el 31,5% quienes acudieron a un tratamiento por desintoxicación y el 22,9% a la estancia, tanto en un anexo, como en un centro residencial. En cambio, en promedio, la atención en un servicio ambulatorio solo fue de 22,7% en el consumo durante el último año evaluado (24% hombres y 12,8% mujeres), y de 23,1% en personas con dependencia (23,5% hombres y 19,5% mujeres) (INPRFM et al., 2017).

Pero el orden de las tendencias a los servicios de tratamiento, son distintas al preguntar a qué servicios se ha asistido de manera general, pues las personas encuestadas comentaron haber

recibido atención antes, principalmente, en un “*anexo*” en el 42,6% de los casos, en un tratamiento de desintoxicación el 39,2% y en un tratamiento residencial en el 31,4%. Además, se muestra una clara diferencia en el tipo de tratamiento respecto al sexo, ya que entre las mujeres el tratamiento por desintoxicación ocupa el primer lugar con un 41,4% de los casos, mientras que entre los hombres es la internación en un anexo la opción más habitual con un 43,6%. Del mismo modo, de las mujeres en que se reportó dependencia, fueron más quienes completaron su tratamiento con un profesional de la salud (90,5%), en comparación a los hombres (19,8%) (INPRFM et al., 2017).

En cuanto al consumo del tabaco, no se registran estadísticas de tratamiento en la *ENCODAT 2016-2017*, pero sí respecto al consumo del alcohol. De la población mexicana entre 12 y 65 años en 2016, el 51,4% consumió alcohol (hombres 80,6% y mujeres 62,6%), y el 2,2% reportó presentar dependencia al consumo (hombres 3,9% y mujeres 0,6%). De quienes presentaron dependencia, el 13,9% habían recibido antes tratamiento, de nuevo, siendo más los hombres (14,9%), respecto a las mujeres (8,1%) (INPRFM et al., 2017b).

En cuanto al tipo de tratamiento, las personas que presentaron dependencia asistieron principalmente a un anexo (32,4%), después a un tratamiento por desintoxicación (24,8%) y a un tratamiento residencial (13,2%). Respecto al sexo, en los hombres el orden de tratamiento fue en un anexo (34,6%) y después por desintoxicación (23,6%); mientras en las mujeres fue por desintoxicación (38,4%) y por internet (37,6%) (INPRFM et al., 2017b).

A pesar de la presentación de estos datos, en la encuesta *ENCODAT 2016-2017* no se define claramente qué son los anexos, qué es un tratamiento por desintoxicación ni qué es un tratamiento residencial, (INPRFM et al., 2017), solo se puede deducir que consisten en la abstención al consumo de drogas y dos de estos son de carácter residencial.

CAPA, CIJ y Centros Residenciales No Gubernamentales

Unidades de Especialidades Médicas-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEME-CAPA). Son unidades de carácter público que tienen como labor dos objetivos principales: a) brindar servicios de prevención y atención primaria a personas que consumen sustancias psicoactivas y b) atender y otorgar tratamientos breves a las personas con riesgo y consumidoras iniciales, canalizando a instancias especializadas a quienes desarrollaron dependencia (CONADIC, 2019).

Los tratamientos que se otorgan consisten esencialmente en intervenciones breves adaptadas por la Facultad de Psicología de la UNAM, dirigidas a bebedores problema, a consumidores de marihuana, cocaína y para fumadores, a la vez que se ofrece apoyo en prevención de recaídas e intervenciones con familiares de las personas en tratamiento (CONADIC, 2019, p. 45).

En 2018, se atendió a 91 684 personas en la modalidad ambulatoria, pero solamente se admitió en tratamiento a 45 605 personas usuarias de sustancias psicoactivas y se atendió a 34 152 (75,2% hombres y 24,7% mujeres). De estas últimas, el principal por el consumo de alcohol (15 971) y marihuana (13 994), y después por anfetaminas y metanfetaminas (6 533), tabaco (4 920), cocaína (2 288) e inhalables (1 266), entre otras sustancias psicoactivas con menor prevalencia. Las sustancias reportadas con mayor impacto fueron en orden: el alcohol con un 35,0% (mujeres 47,1% y hombres 30,5%); la marihuana 30,7% (hombres 35,2%, mujeres 18,5%); las metanfetaminas 14,1% (hombres 15%, mujeres 11,6%); el tabaco 10,8% (mujeres 15,2%, hombres 9,2%); la cocaína 5% (hombres 5,7%, mujeres 3,1%); los inhalables 2,8%

(hombres 2,8%, mujeres 2,8%), y los opiáceos y opioides 0,4% (hombres, 0,4%, mujeres 0,3%) (CONADIC, 2019).

Centros de Integración Juvenil (CIJ). Son centros públicos asimilados por el sector salud en los cuales se maneja un espectro extenso de intervenciones, programas y proyectos, tanto para la prevención, el tratamiento, la rehabilitación y la investigación relacionada con el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas (CONADIC, 2019). En cada entidad federativa del país, se cuenta con al menos un centro de integración, una unidad de hospitalización o una unidad de tratamiento para usuarios de heroína (Centros de Integración Juvenil, 11 de noviembre de 2020). Además, la red CIJ, cuenta con el Sistema de Información Integral Estadística (SIIE), el cual permite llevar registro de las acciones y cobertura en relación con diferentes variables sociodemográficas, lo cual sirve para el desarrollo de sus investigaciones (CONADIC, 2019).

Los proyectos y servicios del programa preventivo se instrumentan en diferentes contextos (escolar, laboral, de salud y comunitario) y acordes al nivel de riesgo y a las características, recursos y necesidades de la población. [...] Los servicios preventivos se integran en un proceso continuo de atención junto con las alternativas de tratamiento y rehabilitación de las adicciones, que proporciona CIJ a la comunidad mediante consulta externa, centros de día y unidades de hospitalización (CONADIC, 2019, p.39).

Según lo reportado en el previamente citado informe de la CONADIC (2019), durante el 2018, en los CIJ se atendió a 43 631 pacientes de manera ambulatoria y a 1 820 personas en la modalidad residencial. Ese año, se registró a 21 989 personas que solicitaron tratamiento por consumo de sustancias. De estas, el 82,3% fueron hombres y 17,7% mujeres; mientras, el 76,7%

del total tenía una edad menor a los 30 años y el 44,2% inició el consumo de drogas ilegales entre los 15 a 19 años. Finalmente, el 51,57% de las personas solicitantes se catalogó como consumidoras funcionales y el 22,1% como disfuncionales.

Respecto a la prevalencia, en el informe también se reporta que, el alcohol (87,7%), el tabaco (85,4%) y la marihuana (86,2%) fueron las sustancias psicoactivas más consumidas por lo menor una vez en la vida, seguidas por la cocaína (40,4%) y las metanfetaminas (30,3%). Por su parte, las principales drogas de impacto consistieron en los estimulantes tipo anfetamínico (35,5%) y el alcohol (27,4%), y con mayor distancia, la cocaína (10,4%), la marihuana (10,2%) y las drogas alucinógenas y disociativas (9,0%) (CONADIC, 2019).

Centros Residenciales No Gubernamentales. Son establecimientos residenciales de atención a la dependencia de sustancias psicoactivas, donde se ofrece una estancia de uno a seis meses, y tienden a ser privados, así como organizados por la sociedad civil. Igualmente, estos centros representan la mayor demanda para la atención al consumo de drogas (CONADIC, 2019). De los únicamente 348 centros reconocidos ante la CONADIC, las estrategias terapéuticas que principalmente se implementan son: el programa de 12 pasos en servicios de ayuda mutua, el modelo Minnesota y la Comunidad terapéutica en establecimientos Mixtos y Profesionales; sin embargo, debido a la poca información que se tiene de estos establecimientos, no se sabe con precisión los modelos implementados, ni si quiera de los 1 045 centros ya registrados (CONADIC, 2019).

Con la información recopilada en el *SISVEA 2016*, se puede construir un perfil de la persona promedio que residió en uno de estos establecimientos durante ese año: hombre (89,6%); de 31,08 años; con escolaridad secundaria (65,1%); soltero (55,8%); de actividad laboral estable

(31,1%); y que vivió en la zona centro del país (58,9%); que asistió de manera involuntaria (52,5%); que uso el alcohol como droga de inicio y de impacto (45,8% y 39,3%) más de 3 veces al día (41,1% y 49,2%); y que fumó o inhaló, como vía principal de administración su droga de inicio y de impacto²² (Secretaría de Salud, 2016).

En el *SISVEA 2018*, se registraron 71 601 personas que acudieron a estos establecimientos, en búsqueda de atención al tratamiento para la dependencia de sustancias psicoactivas. De estas personas, el 92,3% fueron hombres y 7,7% mujeres, de igual manera, la edad promedio se estimó en 31,9 años sin observarse diferencias significativas entre los sexos según el grupo étnico. En cuanto a la voluntad del ingreso, solo el 61,4% asistió voluntariamente, y el resto, comúnmente, lo hizo a encargo de amistades o familiares (26,65%) (CONADIC, 2019). Pero, respecto a lo registrado en 2016, puede apreciarse un incremento en el número de personas que asistieron voluntariamente (47,5%), también un decremento en la internación involuntaria por amistades o familiares (44,3%) y por indicación médica, legal o de la escuela/trabajo (Secretaría de Salud, 2016).

En 2018, las principales drogas de impacto fueron los estimulantes tipo anfetamínico (33,5%) y el alcohol (27,4%), posteriormente la cocaína (10,4%), la marihuana (10,2%) y las drogas alucinógenas y disociativas (9%) (CONADIC, 2019). Evidenciando un reajuste respecto al 2016, pues ahí la metanfetamina o “*crystal*” alcanzó el segundo lugar: alcohol (39,3%), *crystal* (22,9%), marihuana (14,3%), cocaína (9,4%) e inhalables (5,5%) (Secretaría de Salud, 2016).

²² No se expone mayor información específica al estado de Guanajuato en el informe *SISVEA 2016*, pero la entidad representó el 16,3% de la zona centro en el internamiento dentro de los centros residenciales no gubernamentales. Además, la principal droga de inicio fue el alcohol con el 42%, mientras la de impacto fue el *crystal* con el 34% (Secretaría de Salud, 2016).

A pesar de que con el *SISVEA* se consigue capturar una vasta cantidad de datos de los centros de tratamiento residencial no gubernamentales, en la versión de 2018 apenas se registraron 71 601 ingresos de las 204 177 personas que se estiman son usuarias anualmente. Solo estos servicios residenciales de carácter principalmente privado, en conjunto, cubren la mayor demanda de la atención al tratamiento de la dependencia por el consumo de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, existe una distancia muy significativa en el grado de cobertura que con los servicios públicos de atención ambulatoria y otros servicios residenciales se consigue. Según indica Gady Zabicky, titular de la CONADIC, la atención primaria y la modalidad ambulatoria es fundamental para un abordaje centrado en la salud mental, pero la atención privada por aislamiento residencial y la abstinencia al consumo de sustancias psicoactivas, ha sido históricamente en México el servicio más utilizado por la mayor parte de la población; por ello, el estado mantiene una obligación pendiente (CONADIC: Se debe cambiar la Ley General de Salud y recuperar una visión integral en salud mental, 28 de julio de 2020).

Los Anexos y una Población en la Ambigüedad

Aunque en la *ENCODAT 2016-2017*, es implementado el término “*Anexo*” como uno de los servicios de tratamiento disponibles para la atención a la dependencia de sustancias psicoactivas, no se define claramente en qué consiste. De hecho, en el *Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral 2019*, nunca se utiliza el término en alguna connotación alusiva a algún establecimiento de tratamiento. Sin embargo, en la cotidianeidad, el término Anexo se ha usado como homólogo a los centros residenciales no gubernamentales antes mencionados (Camacho, 22 de noviembre de 2020).

En el informe *SISVEA* se recopila la epidemiología y algunos datos sociodemográficos sobre las personas en los centros de tratamiento residencial no gubernamentales. Pero incluso asumiendo que estos consistan en los Anexos, la información es limitada. Se reconoce que solo se cuenta con pocos detalles ante la extensa cantidad de establecimientos, las condiciones de operatividad en la que se desarrollan y la aun no concreta regulación oficial (Camacho, 22 de noviembre de 2020; CONADIC, 2019). Aun así, puede observarse que en los centros no gubernamentales existe una mayor prevalencia del consumo problemático por las metanfetaminas, respecto a los servicios públicos (CONADIC, 2019; Secretaría de Salud, 2016). Considerando que estos establecimientos cubren la mayor demanda de tratamiento, puede deducirse que también abarcan la mayor parte de población mexicana en la que se reportan problemáticas con el uso metanfetamina/cristal y recibe tratamiento.

La socióloga Michelle Judd de la Luz (2019), en su tesis de licenciatura, señala que definir en qué consiste un Anexo²³ es una labor complicada, pues la característica operatividad en que se rigen y regulan estos establecimientos, vuelve poco accesible la información:

Contestar las preguntas anteriores que giran alrededor de la esencia sobre lo que son los *anexos* no ha sido una tarea sencilla, debido a que la misma condición que legitima su práctica dificulta encontrar información sobre estos centros. Lo anterior es consecuencia de la sustancial *clandestinidad* y *complicidad* que permiten que estos lugares puedan operar (2019, p.73).

²³ La autora también alude a la dificultad para encontrar información de estos centros a través internet, pues debido a que el término no se suele implementar ni oficial ni académicamente, es probable que los resultados se mezclen o supriman por otros donde se utilice sólo la connotación de anexar (adherir, agregar); aunque, la búsqueda puede mejorar si se agrega palabras clave sobre la drogadicción o el alcoholismo.

De esta manera, la autora relata que la información disponible sobre los Anexos consiste primordialmente en documentos donde se construye una imagen negativa, pues se narran actos de violencia y otros delitos que pueden encubrirse gracias al carácter clandestino de estos establecimientos; ella también señala la factibilidad de escondite para personas fugitivas de la ley (Judd de la Luz, 2019).

En general, se ha descrito a los Anexos como centros residenciales privados y de ayuda mutua para la atención de farmacodependientes; estos centros no son gubernamentales y se afirma que desde hace algunas décadas están muy extendidos a lo largo del país, siendo varias veces la opción utilizada por una amplia parte de la población mexicana (Garcia y Anderson, 2016; Garcia, 2015; Marín Navarrete et al., 2013; Medina-Mora et al., 2013; Pulido Rull et al., 2009). Su funcionamiento suele imitar el modelo de Alcohólicos Anónimos (AA), el cual consiste en una cohorte evangélica donde se siguen 12 pasos, que *a grosso modo*, podrían resumirse en: admitir la impotencia ante el problema de adicción, continuar con la rendición frente a un poder superior y culminar en la apropiación de valores espirituales y el compartir de estos (Pulido Rull et al., 2009; Rosovsky, 2009). En el proceso del modelo de AA, el tratamiento se da con una ayuda mutua entre las/los compañeros que comparten sus experiencias en el uso de sustancias, asimismo, reciben asesoría por un “*padrino*” o “*madrina*” –persona ex adicta que funge como modelo para un grupo de personas internas– (Marín Navarrete et al., 2013; Pulido Rull et al., 2009; Rosovsky, 2009).

A pesar de la amplia extensión de los Anexos en el país, se ha determinado que siguen siendo escasas las investigaciones que se centran en la población que reside en estos establecimientos (Judd de la Luz, 2019; Garcia y Anderson, 2016); aún menos en las que se

examina la eficacia por su abordaje evangélico y los recursos con los que se trabaja (Odgers Ortiz y Olivas Hernández, 2018), o las que exploran la vivencia de las mujeres usuarias del servicio (Galaviz, 2015; Judd de la Luz, 2019). Buena parte de estos estudios coinciden en que, aun cuando los Anexos pueden servir como un apoyo significativo en el proceso de rehabilitación, en muchos de los casos se limitan las posibilidades de rehabilitación entre las personas residentes (Galaviz, 2015; Garcia, 2015; Garcia y Anderson, 2016; Marín Navarrete et al., 2013; Rojas et al., 2011).

En realidad, distintas autoras y autores que aparentemente han hecho referencia a los citados servicios de atención residencial, implementan su propia conceptualización empleando términos como “*centros residenciales*” o “*centros residenciales de ayuda mutua*”, o distinguiendo tajantemente dos o más tipos al reconocer una marcada heterogeneidad en la oferta de servicios (Marín Navarrete et al., 2013; Medina-Mora et al., 2013; Odgers Ortiz y Olivas Hernández, 2018). Inclusive hay propuestas para evitar el término Anexo, argumentado que usarlo puede ser estigmatizante, pues no en todos se desarrollan las mismas condiciones a las que el término Anexo se asocia (Marín Navarrete et al., 2013).

Olga Odgers Ortiz y Olga Olivas Hernández (2018), en colaboración con otras autorías, afirman que estos establecimientos cuentan con dos factores comunes: la falta de regulación estatal y la oferta terapéutica de carácter evangélico o espiritual. Debido al predominante y casi exclusivo cohorte evangélico, la calidad profesional de tratamiento puede ser cuestionada. En el trabajo presentado por las investigadoras antes citadas, como características a considerar de este modelo, se incluye la carencia de evidencias científicas que respalden el tratamiento, la

obstrucción a la libertad de creencias y la instauración de un ideal heteropatriarcal²⁴ visto necesario para la reinserción social.

Continuando con la definición de Anexo, Rodrigo Marín Navarrete, entre otras autoras y autores (2013), distinguen entre dos tipos. Por un lado los denominados “*lights*”, caracterizados por la internación voluntaria, la disposición de servicios básicos, la higiene y la evitación de la violencia coercitiva; por otra parte, están los “*fuera de serie*” que se caracterizan por un internamiento forzado, la implementación de un modelo coercitivo, la precariedad de recursos e higiene, así como el albergue de más internos de los que los recursos permiten; al igual que situaciones habituales de violencia y abuso físico, sexual y psicológico por parte de las autoridades y/o entre las mismas personas internas.

No obstante, a pesar de la heterogeneidad descrita por Marín Navarrete et al. (2013), cuando las personas –sea de los medios de comunicación, las autoridades estatales, la academia o la sociedad misma– se refieren a los Anexos, los comentarios no tienden a ser alentadores, pues se les describe con características previamente asociadas al concepto *fuera de serie*, destacando numerosas torturas, abusos de poder, violencias sexuales y otras faltas a los derechos humanos (Amezcuá, 11 de agosto de 2020; Camacho, 22 de noviembre de 2020; García, 2015; García y Anderson, 2016; Judd de la Luz, 2019; Montalvo, 5 de abril de 2016).

“A mi hijo le hicieron el castigo de ‘la playita’, que consiste en sentarlo en una silla, amarrarle una franela en la cabeza y echarle agua para asfixiarlo. A las jovencitas las vestía como geishas para prostituirlas y a los muchachos se los llevaba con armas

²⁴ En el texto citado, el concepto se implementa como un arquetipo normativo donde la heterosexualidad y los rasgos patriarcales vinculados al varón, ejercen como norma reguladora del comportamiento.

largas a cobrar 'derecho de piso' en los antros de Naucalpan, Coacalco y Ecatepec", señaló Villagómez (Camacho, 22 de noviembre de 2020, párr. 9).

Y es que es cierto que dentro de estos establecimientos se han reportado distintas violencias, que se agravan al considerar que en los Anexos se supone un espacio terapéutico. Por ejemplo, Judd de la Luz (2019) relata que en el Anexo mixto donde realizó su investigación, sin esperarlo, encontró un entorno hostil donde destacó la violencia estructural que las mujeres residentes enfrentaban por su condición de mujeres, pero también donde ella vivió en sí misma la hostilidad de parte de las autoridades. Frente a un entorno así, sus conclusiones fueron denuncias por el estado específico de subyugación e imposición que en las mujeres entrevistadas observó, describiendo distintos mecanismos de violencia de género; aunque también referenció el sometimiento que los hombres residentes podrían sufrir. Por lo tanto, su postura frente a los Anexos fue de desaprobación:

La trata que experimentan las mujeres y los hombres en los anexos se presenta desde el momento en que son raptados por la "patrulla salvadora" por padrinos y otros miembros de esta institución quienes hacen uso de la violencia física y verbal para capturarlos y llevarlos al establecimiento donde serán encerrados con engaños y coacción de manera involuntaria e ilegal por el periodo que solo los que los encierran y los padrinos determinaran. Ya dentro, las personas bajo esta condición viven diferentes tipos de abusos que degradan su condición humana. De hecho, pareciera ser que la dignidad fuera un valor desconocido para quienes operan estos lugares (p.167).

En adhesión a lo anterior, se ha destacado que en la mayoría de los Anexos se repite una poca o nula profesionalización en el modelo de atención y las personas responsables; ya que no

se suele contar con capacitación profesional en salud, ni en el uso de equipo especializado o directamente no se cuenta con el equipo en la residencia (Amezcuca, 11 de agosto de 2020; Montalvo, 5 de abril de 2016). Además, los Anexos son comúnmente una casa habitación modificada para albergar un amplio número de residentes y por su practicidad terminan reproducidos en serie, de tal modo que no es de extrañar una gran dificultad al estimar cuántos de estos centros residenciales existen en el país, ya que son bastantes los que no son registrados ante el estado (CONADIC, 2019; Garcia, 2015; Marín Navarrete et al., 2013; Ortega y Mack, 22 de diciembre de 2019). Por todo lo anterior, incluso sin considerar las denuncias más graves de violencia, se suele denunciar que en los Anexos no se ofrece una labor clínica que cumpla con los parámetros normados en el país para el tratamiento de los problemas relacionados al consumo de drogas (Garcia, 2015; Judd de la Luz, 2019; Marín Navarrete et al., 2013; Medina-Mora et al., 2013).

En conjunto, la escasez de recursos, la atención no capacitada y/o especializada, la ejecución y normalización de la violencia en el ambiente, y la falta de registro ante el estado, violan la Ley General de Salud mexicana NOM-028-SSA2-2009, para la prevención, tratamiento y control de las adicciones, en por lo menos los apartados referentes a la infraestructura, el ambiente, el personal y las especificaciones a los centros de ayuda mutua (Diario Oficial de la Federación, 15 de septiembre de 2009; Marín Navarrete et al., 2013).

De hecho, desde 2012, en una declaración conjunta emitida por las Naciones Unidas, se exhortó a los estados miembros al cierre de los centros de rehabilitación y detención obligatoria por el uso de drogas. En la declaración se argumenta que con estos centros no se responde de manera eficiente ante las problemáticas relacionadas al consumo de drogas, pues no se cuenta

con respaldo científico contundente; además de que dificultan el tratamiento de las enfermedades sanguíneas más comunes en algunas de las personas que consumen sustancias; sin mencionar que tampoco se atienden otras vías de explotación que suelen vulnerabilizar a la población frente al consumo problemático de drogas. Desde las Naciones Unidas (2012) se manifiesta:

Los Estados reconocen cada vez más las preocupaciones asociadas con estos centros de rehabilitación y detención obligatoria por adicción a las drogas, incluida su falta de eficacia para prevenir las recaídas, sus altos costos y su posible impacto negativo en los esfuerzos para garantizar el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo con relación al VIH. Observamos con atención que algunos países están en el proceso de reducir el número de dichos centros y desarrollar una mayor capacidad para los enfoques comunitarios voluntarios, basados en pruebas científicas. Estos pasos positivos son fundamentales para ampliar la comprensión y generar apoyo para un enfoque de la drogodependencia, el trabajo sexual y la explotación sexual infantil que se base en la evidencia científica y médica disponible, garantice la protección de los derechos humanos y mejore la salud pública (p. 3).

Como en México, el apogeo de establecimientos con estas características se ha observado en otras regiones de América Latina y el Caribe (Open Society Foundations, 2016). Por su parte, en las más recientes declaraciones del titular de la CONADIC, se comentó que, si bien no siempre es el caso, los Anexos pueden ser un espacio idóneo para la perpetración de delitos, donde la policía no puede entrar a menos que exista una denuncia (Camacho, 22 de noviembre de 2020). Previamente, reconoció que el sistema de salud gubernamental no contaba con los espacios necesarios para cubrir la demanda al tratamiento, por lo que no se llevaría a cabo un

operativo para el cierre de los Anexos (Ortega y Mack, 22 de diciembre de 2019). Por ello, la estrategia consistiría en fortalecer los servicios públicos y la normatividad mexicana, a fin de reorientar a la población y cubrir la deuda gubernamental que los Anexos han estado saldando; también anunció la implementación de un “*semáforo*” en estos establecimientos, que indicara su apego a ley y advirtiera de irregularidades:

Frente a la actual situación de desorden, dijo, el actual gobierno está rehaciendo por completo la Norma Oficial Mexicana 028, mediante la cual se regulan los centros de control y tratamiento de adicciones, no sólo para tratar de que las clínicas privadas cumplan con los estándares mínimos de seguridad, sino también para que el Estado amplíe su oferta de atención a personas con problemas de consumo de sustancias y cubra su “deuda histórica” en este terreno (Camacho, 22 de noviembre de 2020, párr. 17).

Estas acciones se adhieren a las facultades de certificación por la CONADIC a la que los Anexos pueden postularse desde 2010 (CONADIC, 2019). Igualmente, es de destacar que la demanda de estos parece presentar un deceso, según los datos en la *ENCODAT 2016-2017* (INPRFM et al., 2017). No obstante, en el estado de Guanajuato para 2019 solo 14 Anexos estaban certificados por la CONADIC, aunque en la Secretaría de Salud se tenía un registro de más de 200 (Ramos, 26 de junio de 2019). Inclusive, se estima que son cinco veces más aquellos centros clandestinos que no cuenta siquiera con un registro ente las instancias gubernamentales de la entidad (Angel, 3 de julio de 2020).

Realmente, el tema de los Anexos recién ha cobrado mayor relevancia, específicamente en Guanajuato. Pues el pasado 1° de julio de 2020 se reportó el ataque al Anexo “*Buscando El Camino A Mi Recuperación*” en Irapuato, Gto., del cual se perpetró el homicidio de 27 hombres

que residían en el centro (Ortiz, 6 de julio de 2020). Estas ejecuciones se suman a otros ataques y homicidios en el municipio consumados en los Anexos; y que se han atribuido a la disputa de los cárteles de drogas CJNG y CSRL (Angel, 3 de julio de 2020).

En la nota periodística de Arturo Angel (13 de julio de 2020), el reportero pronuncia varias consideraciones a analizar respecto a esta masacre. La condición de clandestinidad de este y los otros Anexos donde se perpetraron las agresiones, la vulnerabilidad los centros clandestinos al crimen organizado, la estigmatización mediática de los internos²⁵, la falta de respuesta de las autoridades estatales y el contexto de violencia caótico en la entidad. Son algunos de los ejes que el autor retoma, con base a las declaraciones de Nicolás Pérez Ponce, el presidente de la asociación de Centros de Rehabilitación Unidos del Bajío (CRUB). En la nota también se indica que la situación de los 265 Anexos en funcionamientos del municipio y únicamente 60 registrados legalmente; debe atenderse como un asunto complejo de salud y seguridad, debido a que la población busca tratamiento, pero también hay espacios encubiertos para el crimen. Y aunque se han reportado establecimientos para la revisión estatal, no hay respuesta.

Se ha sugerido que el fenómeno que ha dado pauta al surgimiento y demanda de los Anexos es parte de un fenómeno aún más complejo. Angela Garcia (2015) sugiere que, con las reformas de 2009 y anteriores, se apoyó el surgimiento de nuevas formas de supervivencia y organización social. Afectado esencialmente la vida de las personas que enfrentan un compendio de capas de vulnerabilidad; exacerbando la desigualdad. Comenta que si bien, en los Anexos se

²⁵ En las declaraciones del gobierno federal y estatal se atribuyó la masacre al enfrentamiento entre cárteles, asumiendo que las víctimas fueron criminales. Pero ante los medios, familiares de las víctimas y antiguos residentes han afirmado que los internos eran pacientes y que no vieron indicios de la presencia de los grupos delictivos dentro del establecimiento (Angel, 3 de julio de 2020; Ortiz, 6 de julio de 2020).

suele implementar una terapia coercitiva, la expansión ilegal e informal de los Anexos cumple una función para los sectores en situación constante de amenaza a la seguridad y barreras para el acceso de los servicios públicos. Pues el crimen organizado y la violencia son agentes de aseo permanente.

De nuevo, el caso de Irapuato, donde posterior a la masacre y la imputación a proceso de tres presuntos responsables; durante la comparecencia se dijo que el ataque había sido producto de un error:

Testimonios recabados más tarde por los investigadores indican que los sicarios se equivocaron la tarde de la masacre y confundieron el sitio donde debía hallarse El Muletas. El resultado fue la masacre más sangrienta que ha ocurrido en Guanajuato (de Mauleón, 14 de julio de 2020).

Angela Garcia y Brian Anderson (2016) cuestionan si los mecanismos de violencia ejercida que se desarrollaron en los Anexos, son en parte producto de una construcción social de la violencia que se vive en la región. Por una parte, ante la normalización de la violencia en el exterior la violencia como terapia puede percibirse normal; por otra parte, los Anexos pueden servir de refugio. De esta manera, cuestionan el posicionamiento de total clausura de los establecimientos al ignorar las estructuras de desigualdad y las vivencias de las familias que utilizan estos servicios:

Si bien estas discusiones han arrojado luz sobre las marcadas desigualdades en el tratamiento de la adicción *per se*, han ignorado en gran medida las estructuras de desigualdad crónica que dan forma a la distribución diferencial del tratamiento de la adicción, así como las luchas de familias empobrecidas que deben tomar decisiones sobre

cómo cuidar a sus parientes adictos. Nos preocupa que calificar todos los anexos de manera uniforme como "prisiones" y "granjas laborales", incluso si se hace en nombre de cerrar las brechas de tratamiento, marginará aún más a la población que depende de ellos en términos similares (García y Anderson, 2019, p. 14-15).

En conclusión, los centros residenciales denominados Anexos, concentran a personas que enfrentan una marginación estructural, no solo por el contexto de violencia que se vive en el territorio, sino también por mayor cercanía a esta, al igual que la desventaja en acceso a servicios y atención profesional; así sean públicos. Pero a la estigmatización que puede asignarse desde el corte muestral Anexo, se añade la ya existente construcción social subjetiva sobre la persona que consume sustancias psicoactivas.

Capítulo 5

La Psicología como Instrumento de Escucha y Diálogo

El Espiral de los Consumos Problemáticos

Ante la complejidad que implica el análisis de las problemáticas entrelazadas al uso de sustancias, desde distintas disciplinas y campos de estudio se han llevado a cabo una variedad de investigaciones, donde se ha dado mayor o menor focalización a la explicación de factores individuales o colectivos que pueden tener relación con el uso de sustancias y las problemáticas personales y sociales.

Como un rápido recuento, se ha investigado y encontrado relación en factores que motivan a las personas para iniciar a consumir sustancias psicoactivas y perdurar las conductas adictivas, como la constante exposición a drogas y el consumo de sustancias en el entorno social o dentro del núcleo familiar (Paniagua Repetto et al., 2001; Ruiz et al., 2014). Inclusive, hallando un patrón en el desarrollo de dependencia a sustancias, atribuido no solo a factores ambientales, sino también genéticos a través de influencias transgeneracionales, destacando posibles factores epigenéticos (Vassoler et al., 2014).

De igual manera, se han explorado las condiciones a las que se somete a poblaciones específicas de acuerdo con su edad y sexo. Pues se ha sugerido que las personas que inician un consumo precoz, son más susceptibles a desarrollar tendencias al consumo diario, a patrones abusivos y al policonsumo; variando la prevalencia y frecuencia según el tipo de droga (Hernández López et al., 2009). De hecho, es recurrente hallar guías completas donde se haga énfasis en la niñez y la juventud como poblaciones de mayor riesgo en la predisposición al abuso

de sustancias (Moreno, 2013). Por otro lado, si bien, se encuentra mayor prevalencia en el uso, abuso y dependencia a sustancias en los hombres, se destaca que las condiciones habituales en que las mujeres enfrentan las problemáticas relacionadas a su consumo, –como es en los centros de atención y en su familia– son atravesadas por mecanismos sociales y culturales que agregan una particular vulnerabilidad al ser menos contempladas o juzgadas con mayor menosprecio desde arquetipo de *la buena mujer*; destacando además, la violencia sexual de la que han solidado ser víctimas en estos espacios (Galaviz, 2015; UNODC, 2019a).

Las implicaciones de la clase social, el género y la etnia sitúan a las mujeres en una posición marginal respecto a los varones en gran parte de las investigaciones que se han llevado a cabo, ocultándose sus experiencias, sentimientos y acciones (Romo Avilés, 2010, p. 271).

Continuando la revisión de las capas de vulnerabilidad que pueden fungir de barreras y potenciar la desventaja, se han revisado distintos factores ambientales y sociales como situaciones de marginación, violencia, tráfico de drogas y pobreza. Por ejemplo, en un estudio desarrollado en Madrid, se encontró que personas en situación de precariedad económica –pero con vivienda– que usan los mismos servicios sociales que otras personas sin hogar, tenían menor prevalencia en el consumo elevado de alcohol y problemáticas derivadas por éste; igualmente se encontró que la mayoría de las personas que perdieron su vivienda, contaban con problemáticas relacionadas al consumo problemático antes de perder su hogar, incluso, declarando éstas que su salud mental era inestable y habían tenido repetidos episodios de pérdida de vivienda anteriormente (Panadero et al., 2017).

En cuanto a la migración, de igual manera se ha relato un efecto de vulnerabilidad. En una relatoría de investigaciones publicada por el CIJ, donde se revisaba el entrelazamiento de las problemáticas relacionadas al uso de drogas y el fenómeno migratorio entre México y Estados Unidos; se indica que frente a las condiciones adversas y el panorama problemático que implica el recorrido, la juventud mexicana que decide migrar, vivencia una alta tensión emocional y, en ocasiones, la forma con que se enfrenta esta situación *“los ubican en un grado de vulnerabilidad que los expone al riesgo de incurrir en el abuso de alcohol, tabaco u otras drogas”* (Sánchez Huesca et al., 2017, p. 25). Entre algunos de los resultados expuestos en los estudios, se destacan diferencias según el sexo; entre estas, se incluye las distintas conceptualizaciones e ideas asociadas a las drogas: como una tendencia en las mujeres para describir las drogas como *“medios para escapar del dolor emocional”*, mientras que los hombres *“enfataron las consecuencias negativas a la salud”* o *“las asociaron con efectos positivos y recreativos”* (Sánchez Huesca et al., 2017, p. 43). También, en ambos estudios presentados en la relatoría, en el discurso de las personas entrevistadas se observa una prevalencia de la inseguridad y la violencia (Sánchez Huesca et al., 2017). Esto último, puede tener relación con las drogas, quizá de manera menos directa con el consumo, pero sí más clara con el crimen organizado en la región, por lo tanto, con el tráfico de drogas.

Por último, respecto a las capas de vulnerabilidad, igualmente en el CIJ, se publica un manual donde se responden una variedad de preguntas asociadas a las drogas, con el fin de prestar orientación certera a la población civil. Con estas, se describe el fenómeno de uso, abuso y dependencia como un proceso complejo donde actúan múltiples factores que pueden provocar vulnerabilidad hacia las problemáticas asociadas al consumo de drogas, pero no son totalmente

determinantes (Solís Rojas et al., 2003). Esto mantiene coherencia con la descripción de correlaciones que desde la UNODC (2020b) se ha dado sobre factores como la pobreza y la violencia.

Por otra parte, se ha teorizado sobre habilidades individuales como la autoeficacia, resiliencia y el manejo de las emociones, sobre todo, en relación con la evasión del consumo (García del Castillo et al., 2013; López Torrecillas et al., 2002). Por ejemplo, en un estudio realizado en Angola donde se evaluaban las relaciones entre las variables: autoestima, inteligencia emocional, apoyo social, resiliencia y satisfacción con la vida; en relación con las actitudes hacia el consumo de drogas. Tras la investigación, se encontraron efectos positivos para evadir el consumo de sustancias en las variables: apoyo de la familia, autoestima, control emocional sobre la satisfacción de la vida y el uso de emociones vinculadas a la influencia de la familia; no obstante, se observaron efectos negativos con el resto variables evaluadas (Gutiérrez y Romero, 2014).

También en otras variables más focalizadas en lo individual, se han estudiado las estrategias de afrontamiento empleadas para el manejo del estrés ante situaciones adversas. Así se ha encontrado que un déficit en habilidades sociales y personales, al igual que en las estrategias de afrontamiento, pueden influir en el consumo de sustancias y, por lo tanto, el fortalecimiento en estas estrategias ha podido servir para desarrollar programas de prevención (Llorens Aleixandre et al., 2004). También se ha hallado relación entre las estrategias de afrontamiento disfuncionales y la disfunción prefrontal como variables vinculadas a la dependencia de sustancias psicoactivas (Pedrero-Pérez et al., 2014). Estas condiciones cerebrales, como es el caso de las funciones ejecutivas, han sido relacionadas a la adherencia al

tratamiento y la evitación de recaídas; por lo que se ha sugerido la evaluación neuropsicológica para la elección y adecuación de los planes de tratamiento, dependiendo de la persona a atender y el riesgo de proclividad que se detecte en su evaluación (García Fernández et al., 2011).

En general, al revisar los resultados se hace mención de que el tener un consumo problemático y/o una dependencia de sustancias psicoactivas, son situaciones que se presentan entrelazadas con una gama de múltiples factores que se podrían catalogar como ambientales y personales, reconociendo fenómenos de proclividad y refuerzo que se complejizan. A pesar de que en la tradición se ha dado vital importancia a la evasión del consumo, los factores no parecen desempeñar un rol causal específico o único, ya que también pueden aparecer posteriormente, en relación con otros, o reforzar el uso y abuso de sustancia. Por ello, desde la investigación científica se vive una tendencia en la apuesta al desarrollo de enfoques de atención integral.

Aproximaciones desde la Psicología

Aunque se ha dado reconocimiento al necesario abordaje integral, el debate sobre la problemática de las drogas tiende a dividirse en dos aristas: crimen organizado y salud (Medina-Mora et al., 2013). En materia de salud, al abordar el consumo perjudicial y la dependencia de sustancias psicoactivas, desde la investigación psicológica aplicada a la salud se ha dado un auge, pues ha crecido el acervo científico en una novedosa variedad de modelos de tratamiento basados en evidencias. Mediante estos modelos, se ha ido apostado a intervenciones donde se distinguen las problemáticas de abuso como procesos complejos y, por lo tanto, con las acciones a tomar se ha pretendido priorizar el mayor nivel de salud posible en la persona; estas indicaciones pueden verse plasmadas en las recomendaciones de los organismos internacionales, como el IDCP (2016).

Como parte de la complejidad, el diagnóstico de trastornos por el uso de sustancias se suele acompañar de otros diagnósticos sobre complicaciones de salud mental, indicando un fenómeno de patología dual (Marín Navarrete y Medina-Mora, 2018). Por esto, en la salud mental se ha hecho énfasis, y actualmente, son sugeridos por sus registros en efectividad terapéutica los enfoques cognitivos conductuales como la reducción de daños y la terapia ocupacional; los cuales han surgido desde argumentos como la no criminalización de las persona, al enfocar el trabajo en el presente y lo posible, y perseguir la planeación del futuro (Álvaro et al., 2013; Fiestas y Ponce, 2012; Luciano et al., 2010; Naciones Unidas, 2016; Rojo-Mota, 2016; Silva et al., 2018; Solórzano Soto et al., 2017; Tizoc-Marquez et al., 2017). Asimismo, intervenciones psicosociales, como la psicoeducación sobre los efectos del consumo problemático, son ampliamente recomendadas (OPS, 2016; Silva Monsalve et al., 2018)

El cambio del paradigma prohibicionista/criminalista por el de la salud, ha sido argumentado en la búsqueda del máximo bienestar de la persona. Por ejemplo, la actitud de discriminación y estigma –varias veces implementada como método de disuasión al consumo de sustancias– ha requerido ser analizada en un marco de riesgo/beneficio; debido a que refuerza las representaciones de discriminación y estigmatización en las personas usuarias de drogas, generando repercusiones significativas en su salud física y mental (Ahern et al., 2007). Además, concebir a quien desarrolló un consumo problemático o dependencia únicamente como criminal y atribuirle una amplia carga de estereotipos interpretados negativos, puede limitar la posibilidad de reinserción en el ámbito personal, laboral y social (Fundación EDE, 2011; Kulesza et al., 2017; Naciones Unidas, 2016).

En su representación social, tradicionalmente el consumo de sustancias psicoactivas se entiende como una decisión voluntaria, donde la persona puede detenerse si lo desea; también como efecto de la influencia de pares, amistades y/o familiares que ejercen presión social para el consumo y la inclusión; asimismo, la mera experimentación y curiosidad atribuida a la juventud (Gámez-Medina et al., 2017). Por otra parte, entre las personas que enfrentan problemáticas por el consumo, abuso o dependencia, tienden a referir la portación de una enfermedad, donde aun estando conscientes del daño que pudieran provocar, no pueden detenerse por sí mismas (Gámez-Medina et al., 2017).

El uso de sustancias psicoactivas, como su nombre indica, presenta efectos varios en el sistema nervioso, los cuales pueden observarse en el comportamiento de las personas usuarias (Bedi et al., 2014; Pedrero-Pérez, et al. 2014). La terminología cotidiana y científica, los mecanismos de acción y los efectos de estas sustancias, han sido descritos ampliamente en varias investigaciones y con ello se han realizado diversos manuales de clasificación de sustancias, trastornos de uso y tratamiento; como los glosarios de terminología emitidos por la OMS y los manuales CIE-10 y el DSM-V (Asociación Estadounidense de Psiquiatría, 2014; Naciones Unidas, 2018; OMS, 1992; OMS, 1994.). El modelo médico ha favorecido la comprensión del uso y dependencia de sustancias como una enfermedad cerebral crónica, donde las personas no son libres de elegir, pues debido al uso prolongado, han desarrollado alteraciones en los sistemas cerebrales tanto en su funcionamiento como su estructura, provocando alteraciones en el juicio y otros procesos cognitivos (Lewis, 2018; Naciones Unidas, 2018).

Si bien se ha indicado que, al partir de la enfermedad biológica, con este enfoque se permitió disminuir las acusaciones morales y el estigma que se impone a las personas usuarias de

las sustancias psicoactivas y sus familias (Lewis, 2018). También ha habido críticas donde se señala un reduccionismo a lo cerebral, ignorando otras variables psicológicas y contextuales (Becoña, 2016); además de perpetuar otros estigmas hacia a la disfuncionalidad cerebral de las personas usuarias como la discapacidad cognitiva (Lewis, 2018); lo cual pudo haber provocado el desarrollo de políticas públicas discriminatorias, irrealistas y e innecesariamente costosas (Hart, 2017).

Al respecto, Marc Lewis (2018) argumenta que el modelo de enfermedad cerebral se fundamenta en cuatro principales hallazgos: 1) un desarrollo del perfil de respuestas compulsivas automáticas, 2) la pérdida de conectividad prefrontal y poda sináptica, 3) la sensibilización a las señales asociadas al consumo, 4) y la desensibilización de las recompensas naturales y relacionadas con las drogas. No obstante, en resumen, el autor propone que el patrón de dependencia a las sustancias, no presenta alteraciones cerebrales significativamente distintas a otros tipos aprendizaje y no hay evidencia longitudinal que compruebe su cronicidad. Apela a que los cambios funcionales y estructurales no son patológicos, pues, aunque pueden persistir por un tiempo, no son permanentes y que el agravamiento del consumo es primordialmente derivado de la estructuración conjunta con adversidades psicosociales tempranas –como el trauma y la desventaja social–.²⁶

Pero, ¿cómo podría comenzar esta espiral de adicciones? La visión de la cognición incorporada nos anima a buscar vulnerabilidades biológicas y ambientales que se amplifican y refuerzan mutuamente. El objetivo aquí no es enumerar factores de riesgo orgánicos (p. Ej.,

²⁶ Este análisis cobra sentido con la alta prevalencia en el desarrollo de trastorno de consumo, en los sectores de mayor desventaja económica (UNODC, 2020a).

Genéticos) y ambientales y sumarlos, sino rastrear la interacción de factores que se influyen recíprocamente entre sí. Sugiero que la espiral de adicciones comience con la adversidad psicosocial temprana (p. 1557).

Al reelaborar la dependencia como un proceso de aprendizaje, el autor propone dar prioridad a modelos integrales de tratamiento y no solo enfocarse en la intervención individual de las personas; pues reconoce retroalimentaciones neurobiológicas y sociales constantes a las que las personas permanecen sujetas. Distingue el desarrollo de patrones de consumo problemático como una consecuencia significativamente social y que requiere ser tratada como tal, no solo centrándose en la asistencia sanitaria:

En resumen, el marco de la cognición incorporada puede ayudar a modelar la interacción entre los contribuyentes neurobiológicos y socioambientales a la adicción. Las actividades adictivas no están determinadas únicamente por cambios cerebrales ni únicamente por las condiciones sociales. Aunque de hecho son el resultado de cambios cerebrales y contribuyen a ellos, las actividades adictivas también retroalimentan al entorno social, reduciendo aún más lo que a menudo ya son oportunidades limitadas de bienestar, lo que a su vez reduce aún más la flexibilidad cognitiva y neuronal. De ello se deduce que el estrechamiento que se observa en la adicción tiene lugar dentro del repertorio conductual, el entorno social y el cerebro, todo al mismo tiempo. También se deduce que el crecimiento más allá de la adicción puede ser facilitado por un mejor apoyo social, oportunidades de comportamiento extendidas, intervenciones farmacológicas dirigidas, o algunas combinaciones de estas estrategias (p. 1558).

En relación con lo descrito por Lewis (2018), Alicia Stolkiner en una sesión de jornadas sobre “*Prácticas posibles y necesarias en salud mental*” realizada en Argentina, propone entender los *consumos problemáticos* como patrones de consumo perjudiciales e inoportunos que son replicados no solo en el uso de sustancias psicoactivas, pero que implican una construcción subjetiva distinta según el objeto de consumo y la representación social de este. Ella usa el termino *consumos problemáticos* al distinguir pluralidad en los distintos tipos que pueden existir y tener como unidad de consumo otras variables distintas a las drogas ilegales comúnmente citadas, por ejemplo, la comida y las drogas médicas. Agrega que, al vivir en una sociedad de consumo, el abuso no es una dificultad que solo enfrentan las personas usuarias de sustancias psicoactivas, sin embargo, estas reciben un diferenciado grado de estigmatización y rechazo (Colegio Psicólogos Zona Atlántica, 30 de marzo de 2014).

Igualmente, a pesar de la variedad de patrones de aprendizaje problemáticos que las personas pueden tener, Félix Melo y Carneiro Maciel (2016) sostienen que los mecanismos de estigma en las personas usuarias de sustancias son particulares, debido a que en la representación social de estas se hace una mezcla insoluble entre la persona y la sustancia de uso. Pues de acuerdo con el constructo que se tiene de la sustancia se realiza una construcción de persona y a ella se le ve como adicta permanente. Las atribuciones de incapacidad y falta de escrúpulos, así como de enfermedad, pobreza y víctima que se asignan a estas personas usuarias, son retroalimentadas en un ciclo donde a quienes se señala terminan por reapropiar y reconstruir el estigma y la consecuente exclusión social.

Carl L. Hart (2017) por ejemplo, relaciona los postulados a favor del modelo de enfermedad cerebral por el consumo de crack, como un factor que sirvió de excusa para la

legislación de leyes más severas que repercutieron de manera desigual a la población negra de los Estados Unidos durante la década de los 80s. Él argumenta que se desinformó a la población respecto al uso del crack y se relacionó de forma causal y reduccionista el consumo con otras situaciones como la violencia extrema, el desempleo, la muerte prematura y el abandono infantil; aunque hubo más factores involucrados.

Esta exclusión dirigida a las personas con consumos problemáticos de sustancias, aunque puede ser menos determinante cuando las personas reciben tratamiento (McGinty et al., 2015). Implican que el fenómeno de exclusión es complejo. De nuevo, las autoras Stolkiner, Vazquez y Quercetti (2016), al reformular el concepto de consumos problemáticos, añaden la discusión entre el valor y representación social que se da a las sustancias psicoactivas por su carácter médico o ilegal. Pues la actitud derivada es distinta y a la persona se le asocia con una antología, a veces más y a veces menos estigmatizante, dependiendo de si se agregan correlaciones entre la normalidad y la legalidad o anormalidad e ilegalidad. Inclusive, argumentan que el contexto en que se desenvuelven las personas es una suma de circunstancias clave en las actitudes que se desarrolla, desde la sociedad y lo profesional, hacia la persona que consume. Pues la criminalización no es la misma, no solo dependiendo de si es una sustancia psicoactiva u otro producto, o incluso de si la sustancia es legal o ilegal, sino que el estigma se sujeta, en buena parte, a las características atribuidas a la persona y sus circunstancias:

Si bien existen diferencias en cuanto a si la sustancia consumida es legal o no, la mirada social estigmatizante se vincula más a “quién consume” que a “qué consume”. Se sostiene una división entre drogas legales e ilegales –y por ende–, entre personas legales e ilegales, ocultando que el mayor riesgo que pueden suponer estos consumos, se asocia

más a las condiciones sociales en que se encuentran estas personas, que al consumo mismo (p.4).

De esta manera, aunque descentralizar los consumos problemáticos de la enfermedad crónica cerebral, sin negar la alteración neuronal específica de cada sustancia, sirve para abrir espacios a la investigación, el tratamiento e intervención de otras disciplinas como la psicología. La actitud discriminante que se ha repetido en la sociedad funciona como violencia estructural contra las personas estigmatizadas; pues se generan repercusiones significativas en las actitudes que se dirigidas a las personas que consumen sustancias y el escenario que se les atribuye, al igual que con quienes pueden presentar un consumo perjudicial o dependencia y, por tanto, mermar significativamente las expectativas de rehabilitación de estas últimas, de sus familiares y de las terceras personas involucradas (Ahern et al., 2007; Félix Melo y Carneiro Maciel, 2016; Fundación EDE, 2011; Galaviz, 2015; Kulesza et al., 2017). Por ello resulta contraproducente concebir a quien consume únicamente en la anormalidad y darle atribuciones negativas, y las intervenciones requieren, en medida de lo real, evitar prejuicios (Félix Melo y Carneiro Maciel, 2016).

En consideración a los mecanismos de exclusión a los que las personas usuarias han sido sujetas y el panorama social que agrava las circunstancias. Autores como Eduardo Menéndez (2012), a pesar de reconocer la reducción de daños como un paradigma con el que se reestructura la atención, y se va contra la criminalización; señala que con la reducción de daños se favorece el pensamiento individualista al asumir que basta con el progreso personal, desestimando el contexto específico. Tal vez en sintonía con el contexto, en Latinoamérica, los programas de reducción de riesgos y daños, o semejantes, han sido construidos desde una lógica de

dignificación de la persona, al acceso de servicios públicos y el resguardo de sus derechos humanos (RIOD, 2018).

La Investigación como Estrategia de Encuentro

Ante un panorama crítico a los abordajes tradicionales de criminalización, se ha pretendido apoyar al abordaje de los *consumos problemáticos* más en la materia de la salud mental, y menos como un asunto penal, tal vez en relación con la apertura de la investigación multidisciplinar, ha surgido otra ruta de crítica, una donde se invita a la autocrítica de la epistemología científica. Como referentes en la lengua española, autores como Martín Correa-Urquiza (2014), no dejan de señalar que incluso en materia de salud mental se tiende a desestimar a las poblaciones atendidas. El autor insiste en que persiste un modelo hegemónico biomédico en la atención de la salud mental, donde se centraliza el conocimiento en “*los saberes expertos*” profesionistas y se invisibiliza, de nuevo, a las personas que viven las situaciones diagnosticadas. El autor denuncia que, en la epistemología y en la práctica, con este modelo tradicional se mantiene una atención sistemáticamente basada en la comprensión de las y los pacientes como objetos de estudio pasivos; además, se reduce a la persona como aquella que solamente porta “*el malestar mental*”. Añade entonces, que se limita la agencia, pues la aproximación médica suele ser únicamente unidireccional, al negar los saberes, reflexiones y estrategias que las personas han desarrollado desde su experiencia directa con “*el malestar*”.

Según Correa-Urquiza (2014), evidenciar y abrir espacio al saber generado de las personas que viven “*el malestar*”, no es negar que existe “*el malestar*”, sino que las personas que lo experimentan son expertas en cómo se vive con éste, así como lo son también en los efectos secundarios de los tratamientos; por lo tanto, son acreedoras para opinar sobre sí mismas. A su

vez, argumenta que el dar espacio a la expresión y estrategias desarrolladas por las personas que poseen esa experticia, facilitando un espacio de crecimiento en comunidad entre ellas y en colaboración con un trabajo multidisciplinar, es abogar por el bienestar individual y colectivo de éstas. De esta manera, propone relaborar la concepción de la salud mental desde una construcción colectiva.

Esto último, además de mantener coherencia con las recomendaciones que se han dado desde el IDPC para un debate incluyente (IDCP, 2016), igualmente mantiene parte con las propuestas desarrolladas desde las perspectivas de abordaje descolonial para la investigación. María Pérez Daniel y Stefano Sartorello (2012), entre otros autores y autoras, proponen las metodologías horizontales, como una implementación del abordaje descolonial en la investigación social y cultural. Este concepto se explica a continuación:

Al explorar lo que aquí denominamos como “metodologías horizontales”, se clarifica esa otra vía de construcción de conocimiento creado por la intersección entre sujetos y, por tanto, por la intersección de saberes. Como intersección, el encuentro entre sujetos y saberes implica diálogo. También, implica el inicio de un tipo de sujetos y saberes distintos (Pérez Daniel, 2012. p. 11).

En la publicación citada (Pérez Daniel y Sartorello, 2012), se exponen una serie de metodologías horizontales, las cuales presentan matices en cuanto a las estrategias a seguir, como incluso, entre la crítica a otras metodologías de investigación y propuestas teóricas. De igual manera, son perceptibles diferencias desde la disciplina que se parte, por ejemplo, en la lectura histórica que se hace sobre esta disciplina u otras. Pero de manera general, en estas metodologías se toma como base una igualdad ontológica entre todas las personas que participan

en la investigación; aun así, también se señala la existencia de la hegemonía sistémica que posiciona en diferentes situaciones a la variedad de agentes sociales y sus culturas. Por ello, este modelo de metodología horizontal, se ha sumado al debate en crítica a la normatividad hegemónica en la investigación de las ciencias sociales y humanas, pues se dice que, desde la hegemonía, en estas ciencias se ha fomentado un discurso que impone la interpretación o lectura de quien investiga sobre la réplica de a quién se analiza.

Corona Berkin (2012) implementa el término *artefacto* como alternativa a método, pues argumenta que en la calidad creativa del término se refleja mejor el carácter empírico construido en el mestizaje continuo de saberes encontrados. De esta forma, ella alude a una intervención horizontal creada a partir del diálogo dinámico entre personas, que cuentan con una construcción cultural distinta, pero que conviven –aunque en una situación no equitativa en la hegemonía cultural– y llegan al diálogo a través de un acuerdo de demandas. Este acuerdo, implica el intercambio de saberes y/o destrezas de interés, mientras se expongan los objetivos explícitos, claros y sinceros de las partes. Así, ella pretende resolver con el diálogo y el mestizaje, algunas disyuntivas típicas en la investigación como:

- a) la autonomía subyugada por la hegemonía vs el rescate de las culturas y
- b) la violencia intrínseca en la intervención de espacios normativos establecidos vs la fusión normativa.

Para que esto cobre sentido, la autora señala que se debe partir desde la intervención, como diálogo horizontal, entre todas las personas agentes –rompiendo el dualismo

investigador/investigado-. Y así, poder formular la investigación y perseguir la autonomía dando espacio al mestizaje de saberes y experiencias:

Para mí hay otro camino a la intervención y a la demanda. Este es político y tiene que ver con no ocultar o anular las formas y saberes propios para conocerse a sí mismo en el diálogo con el otro, para ejercitar la igualdad a pesar de la diferencia, para poner a prueba el vínculo horizontal y permitir que se generen y expresen las propias necesidades y las ajenas, los conflictos y se encuentren formas nuevas y negociadas de vivir juntos (Corona Berkin 2012, p.37-38).

Así, una clave de esta propuesta es concebir como ruta que las estrategias –para la construcción de conocimiento– necesitan ser acordadas y entre iguales; como acción que puede ser reivindicativa, pero, sobre todo, debe recordarse que es política:

La otredad se nos presenta entonces como sujetos epistémicos, significa darse cuenta que en el diálogo intercultural de saberes es posible la transformación social del mundo actual (Ávila Romero, p.162).

Los Anexos en la Periferia/Margen

Debido a que los Anexos parecen ser centros que operan en la periferia del sistema de salud mexicano, de los cuales se tiene limitada información, tanto en el registro gubernamental y las investigaciones científicas. Y a pesar de que representan la mayor demanda a servicios para la atención al consumo de sustancias en sus diferentes caracteres: uso, abuso y dependencia. Se presume una situación de marginación hacia éstos, pues se les percibe fuera de los objetivos principales de las instancias gubernamentales y académicas, es decir, de la hegemonía.

Al mismo tiempo, en la información que se consiguió recopilar, principalmente, en periódicos y recursos digitales de producción civil –como videgrabaciones disponibles en internet– y, en bastante menor medida, publicaciones científicas y reportes gubernamentales. Se mantiene un patrón donde se les describe desde centros con múltiples situaciones de precariedad hasta lugares de tortura. Se ha reportado que la población residente se ve carente de servicios profesionales en salud mental para el tratamiento de los *consumos problemáticos* y dependencia de sustancias psicoactivas; también por la falta de disponibilidad y/o cobertura de recursos materiales, tanto inmuebles como instrumentales; y en mayor gravedad, la prevalencia de violencia en sus diferentes formas, sea para el castigo impartido por las autoridades o surgida en la convivencia entre pares.

Tomando en consideración la poca claridad conceptual sobre lo que un Anexo refiere, pues el término engloba centros de calidad muy distinta. Se ve necesario desarrollar una labor de investigación de carácter exploratorio, que permita conocer más acerca del ambiente y las vivencias que un Anexo se puede experimentar. Reenfocando la labor, donde se toma el Anexo como corte de población a investigar, se determina que el punto de partida será la percepción desde quienes residen en el centro.

No se pretende tomar una postura que se apropie de sus testimonios y opiniones, sino bajo la lógica, de que estas personas son las expertas al poseer la experticia de ser residentes en el Anexo al que se acude y las situaciones previas a coincidir en el sitio, así como por ser dueñas de sus propias reflexiones. De esta forma, se consiguió un acuerdo de colaboración con un Anexo para hombres en el estado de Guanajuato.

Siendo un trabajo de índole académico en psicología, y recuperando la formulación descolonial donde se cuestiona la lectura e interpretación hegemónica desde la ciencia social y humana (Pérez Daniel y Sartorello, 2012), así como el también planteamiento crítico a la hegemonía-médica en materia de salud mental (Correa-Urquiza, 2014); se deduce que la marginación dirigida a los Anexos implica una división que favorece a la academia frente a lo que conlleva un Anexo. Así, el sector con mayor cercanía a la académica se ve favorecido frente a el sector más cercano a los Anexos, pues el primer sector cuenta con mayor similitud a la hegemónico, al menos en un plano de profesionalismo. Debido a que la población residente, por consumo de sustancias psicoactivas, es aquella más cercana a los Anexos; la posición de investigador académico implica un favorecimiento en el poder.

Para no reducir el conocimiento de los hombres residentes en el Anexo de Guanajuato, a interpretaciones externas que parten de la inexistente experiencia sobre la vivencia desde un Anexo; se decidió seguir con la propuesta de Corona Berkin (2012) para la intervención como *artefacto* –metodología– de la investigación social y cultural.

De esta manera, con esta investigación no se buscó traducir el conocimiento de los hombres residentes, ni tampoco reinterpretar desde una teoría psicológica. Lo anterior, no solo por una postura política en contra de la colonización del saber; sino también, por las limitaciones en la información disponible de proyectos de diálogo entre ambas instancias. Finalmente, se comprendió que la propuesta de Corona Berkin (2012) apostaba por la búsqueda de compromisos compartidos entre dos instancias, o más, pero también en el seguimiento y producción de sus propios proyectos. De ahí los mestizajes como acuerdo y la persistencia de la

autonomía como la culminación en proyectos independientes; en este caso, la investigación fue un mestizaje, pero los residentes y el investigador perseguían metas distintas.

Para ofrecer una visión más completa de la vivencia en los centros denominados Anexos, se planteó acumular la información de las percepciones que se tienen acerca de las experiencias de atención al consumo de drogas en general –centros de rehabilitación públicos, privados, con profesionistas o grupos de apoyo, etc.–, así como la percepción de la atención actual y las expectativas generadas hacia el futuro. De esta manera, la investigación se concentró en tres momentos temporales: el pasado, el presente y el futuro.

Reconociendo el carácter complejo de lo que percepción puede significar y lo ambiguo que el término puede resultar. En la investigación se consideró imprescindible indagar en las variables que podrían servir para describir la experiencia de los residentes. La disponibilidad de recursos materiales y humanos, el modelo de ayuda mutua, y el trato por parte de las autoridades y compañeros son algunos de las áreas que más se ha criticado a los Anexos (Amezcu, 11 de agosto de 2020; Camacho, 22 de noviembre de 2020; Garcia, 2015; Garcia y Anderson, 2016; Judd de la Luz, 2019; Montalvo, 5 de abril de 2016). Por ello saber qué opiniones sostienen respecto a estos ejes, sus implicaciones y cómo los comparan en relación con otros servicios, ofrecería una información sustancial sobre el servicio que se brinda en estos establecimientos y la significancia que tiene para los residentes.

Por ejemplo, en el papel de las y los compañeros dentro de comunidades de apoyo para la salud mental, se ha explorado la función que estas personas desempeñan al ser también usuarias del servicio; fungiendo en el cuidado y acompañamiento, y generando redes afectivas de soporte (Magalhães Dahl et al., 2013). Asimismo, el desarrollo de vínculos afectivos y el estado

emocional de la persona, además de ser parte del contenido declarativo que se puede exponer respecto al servicio, han sido variables distinguidas como indispensable en la adherencia al tratamiento, tanto a favor de su permanencia o el abandono de la atención (Jones y Cunial, 2020). De igual manera, la representación social de la persona identificada con problemáticas relacionadas al consumo, la actitud que las otras personas tiene a esta y la apropiación de las atribuciones; son otros de los factores que pueden tener vital importancia en la apertura y reinserción social (Ahern et al., 2007; Fundación EDE, 2011; Kulesza et al., 2017; McGinty et al., 2015; Naciones Unidas, 2016).

Capítulo 6

Metodología: El Artefacto para el Encuentro

Pregunta de Investigación

¿Cuáles son los procesos de reflexión que los hombres de un Anexo del estado de Guanajuato han desarrollado respecto al proceso de atención del consumo de sustancias y cuáles son sus expectativas a futuro?

Objetivo general y Objetivos específicos

Ahondar en algunos de los ejercicios de reflexión que los hombres residentes en un Anexo del estado de Guanajuato han desarrollado o desarrollan del proceso de atención al consumo de sustancias –su experiencia, vivencias y esperanzas, enfatizando sus experiencias de vida, la manera en que han actuado, así como, las emociones y sentimientos que han experimentado–. De manera que se puedan explorar las percepciones de los residentes respecto al servicio de atención en el Anexo, así como en anteriores servicios; sus reflexiones, sentires, atribuciones –como a las personas, modelos y servicios– y las expectativas que tienen del futuro.

Como objetivos específicos para indagar en el las perspectivas de los residentes, se propuso explorar en relación con cuatro áreas:

- a) Identificar las opiniones sobre los diferentes tipos de atención y sus condiciones. Los recursos materiales y humanos, así como, su experiencia con el modelo de tratamiento implementado.
- b) Recopilar la percepción de la relación y convivencia con los compañeros y las autoridades.

- c) Identificar los sentimientos y emociones experimentadas durante su residencia y las atribuciones con que se vinculan estos sentires.
- d) Recopilar la percepción que se tiene de sí mismos, de la gente del exterior y lo que suponen que esta piensa sobre ellos.

Procedimiento

Los participantes del presente estudio fueron un grupo de 24 hombres, de entre 15 y 50 años, internados en un Anexo del estado de Guanajuato. La participación y la cantidad de participantes de cada sesión estuvieron sujetas a la voluntad de los residentes, así como la disponibilidad de las autoridades del centro de rehabilitación. Dadas las condiciones de entrada y salida de residentes, así como de la designación de tareas, no siempre estuvieron los mismos participantes y se fueron agregando o retirando con cada sesión. De igual manera, algunos hablaron poco, principalmente los más jóvenes, pero acompañaban las conversaciones escuchando, concordando y aportando comentarios.

En primer lugar, se tuvo un acercamiento a la institución para conocer las condiciones ambientales y relacionales a las que los residentes están expuestos; posteriormente, se les presentó el proyecto a las autoridades del Anexo. Una vez que la institución aceptó, se prosiguió a diseñar las estrategias para llevar a cabo la investigación. En total, esta se extendió a un aproximado de dos meses llevando a cabo 9 sesiones.

Se comenzó por realizar una serie de entrevistas grupales semanalmente con la mayor parte de los residentes dispuestos desde la fecha de inicio, contando con un aproximado de 12 participantes cada sesión. Al terminar las entrevistas grupales, y en acuerdo con los residentes, se llevó a cabo un sorteo para tomar una muestra aleatoria de cuatro participantes a fin de continuar

con una serie de entrevistas individuales a profundidad donde se contó con mayor privacidad y sin la supervisión directa de compañeros y autoridades.

Técnicas

Las entrevistas grupales tuvieron un formato abierto, con ellas se exploró tomando como base cuatro ejes: a) el tipo de atención, las condiciones y su opinión sobre ella, b) la percepción de la relación y convivencia con los compañeros y las autoridades, c) los sentimientos y emociones experimentadas, y d) la percepción que se tiene de sí mismos, de la gente del exterior y lo que suponen que esta piensa sobre ellos.

Si bien, fueron entrevistas grupales por su carácter directivo y temático; la apertura a las opiniones, el debate y la detonación de temas emergentes, permitieron un estilo de grupo focal. Para las entrevistas individuales se retomaron algunas de las preguntas hechas anteriormente en grupo, pero primordialmente se facilitó un espacio a los entrevistados para comentar desde su trayectoria de vida, hasta sus planes y deseos.

El formato de entrevista abierta sirvió para dar cabida a la información que los participantes consideran más relevante y construir información emergente. También, para facilitar un espacio de desahogo cuando se tocaron temas que provocaron una precipitación emocional; esto último a petición de los participantes.

Igualmente se contó con un diario de campo, tomando notas del ambiente, las dinámicas y de comentarios y entrevistas informales. De esta manera, se implementó una estrategia con técnicas etnográficas que, aunque en su mayoría no fueron reportadas directamente, sirvieron para la comprensión de la información a discutir.

El diseño de investigación fue formulado al seguir las pautas de la teoría fundamentada al prever el uso categórico, pero principalmente (King et al., 2000), siguiendo el modelo de intervención como artefacto de la investigación horizontal, propuesta por Corona Berkin (2012). Con esta metodología, o *artefacto*, según refiere la autora, se ofrece a los participantes llegar a un acuerdo. Así, el investigador o investigadora, ha de compensar el apoyo en participación, a través de un intercambio con la propuesta de los participantes para realizar actividades de su conveniencia. En el presente acercamiento, ellos solicitaron actividades recreativas como dibujo y pintura con acuarela; sin embargo, al transcurrir las sesiones, se fue dando mayor espacio para conversar a petición de los participantes. Pues, aunque en un inicio se estableció un intercale de sesiones destinadas a las entrevistas y sesiones recreativas, a petición de los participantes, se priorizó las entrevistas y se les entregó material audiovisual sobre los efectos cerebrales de las drogas y testimonio de personas usuarias.

Análisis de la Información

Para el análisis de la información, se utilizó la herramienta informática Atlas.ti, a fin de facilitar la clasificación en categorías y subcategorías. Después, se continuó con un análisis manual, condensando temas y dándole secuencia a la información para generar nuevos supuestos.

La información primero se organizó en relación a los cuatro ejes de análisis prediseñados, pero para incluir el resto de temas que surgieron durante las entrevistas, los resultados se presentaron posteriormente en orden cronológico. De manera que se inició por el momento previo al ingreso del Anexo; después por la situación actual, su vivencia en la residencia, en contraste con otros servicios; y posteriormente las reflexiones actuales y las expectativas de futuro que se tienen una vez culminado su tratamiento. En cada rango temporal se desglosó la

información conforme a las categorías prediseñadas. Lo anterior permitió agregar información emergente que excedía las categorías.

Consideraciones Éticas

Los objetivos de la investigación fueron aclarados en el centro de rehabilitación donde se desarrolló el proyecto. De la misma manera, con el fin de mantener la confidencialidad de los participantes, los nombres han sido reemplazados por pseudónimos; los datos personales fueron omitidos y solo se hace alusión a las condiciones que se consideraron relevantes, de acuerdo con los objetivos. A los participantes se les solicitó su consentimiento informado por la participación, la recopilación de datos personales y la muestra de audio de las entrevistas; informando las consideraciones de confidencialidad a tomar con los datos recabados durante el proceso de investigación. Igualmente, el nombre del centro de rehabilitación ha sido omitido, evitando dar mayores indicios a los necesarios para la contextualización del entorno donde se desenvuelven los participantes. Con el modelo de confidencialidad se siguieron las pautas del código de ética de la Asociación Estadounidense de Psicología (APA, marzo de 2017) en sus fracciones 3.10 Consentimiento Informado, 8.01 Autorización Institucional, 8.02 Consentimiento informado para la investigación y 8.03 Consentimiento informado para la grabación de voces e imágenes en investigación.

Capítulo 7

Hombres desde el Anexo: Perspectivas de los internos sobre los que han sido, son y esperan para el futuro

Siendo esta una exposición de las percepciones de los participantes, es necesario comenzar formulando las identidades de estos. Habrá que tener precisión para describirlos claramente, pero no con tanto detalle como para cruzar la protección de su anonimato. Sino lo indispensable para ir plasmando parte de su personalidad y el entorno donde se desenvuelven.

Es importante destacar que, aunque los grupos de participantes en cada sesión eran diversos en edad; quienes normalmente compartieron más testimonios y opiniones fueron los adultos. Es cierto que este Anexo estaba compuesto en su mayoría por adultos, pero aun estando presentes varios adolescentes, la palabra tendía a ser tomada por los mayores. Podrá notarse que la mayoría de los testimonios recopilados consisten en personas adultas.

Respecto a la investigación, en las sesiones aparecieron comentarios donde se dijo disfrutar del formato en que se desarrollaban las entrevistas grupales, pues dijeron que eran espacios distintos a lo que solían estar acostumbrados y que tenían mayor oportunidad de hablar. Hubo quien mencionó que se sentían “*mejor al nivel del piso*” en referencia al formato de mesa redonda, contrario a la tribuna que suelen implementar y el seguimiento psicológico que habitualmente han experimentado en este u otros establecimientos. En ese mismo momento, otro dijo que prefería el formato de tribuna pues se sentía más confiado.

En más de una ocasión refirieron a la investigación como una terapia psicológica, enumerándola entre otros servicios de atención que reciben. En las últimas sesiones, surgió como

comentario que solían esperar el día de las entrevistas y por ello más de uno quería hablar al mismo tiempo.

El objetivo de la investigación fue explorar los testimonio y reflexiones de los residentes sobre los procesos de atención que han recibido y el que reciben actualmente, así como, las expectativas que tienen del futuro. Pero debido a que durante las entrevistas los participantes retomaron continuamente el pasado, previo a su ingreso, se recuperó varios temas en este ámbito. A continuación, se presentan los principales hallazgos con relación a los ejes explorados:

Áreas de análisis	Principales hallazgos
Las opiniones sobre los diferentes tipos de atención y sus condiciones	<ul style="list-style-type: none"> ● No se sabe mucho de otros servicios a parte de los Anexos. ● Se suele tener una preconcepción negativa sobre los Anexos. ● Los Anexos han cambiado y mejorado con el tiempo. ● Los Anexos pueden servir de ayuda a las personas con problemas de drogadicción para alejarlas de las drogas y ofrecerles otra oportunidad. ● No todos los Anexos son recomendables, pues son muy heterogéneos y este fue la excepción en varios sentidos. ● El Anexo donde se realizó la investigación se considera mejor que otros. Pero no a todos les gusta la cohorte evangélica que se ofrece. ● En este centro se cuenta con la supervisión y atención periódica de profesionales de la salud (medicina y psicología). ● En este Anexo se dice tener satisfacción de los servicios y recursos de alimentación y salubridad. ● Al momento de salir, este Anexo puede servir de apoyo en el proceso residiendo parcialmente o colaborando en él, sobre todo para quienes perciben haber perdido razones afuera.
La percepción de la relación y convivencia con	<ul style="list-style-type: none"> ● En otros Anexos ha sido más difícil entablar relaciones de amistad con sus compañeros.

los compañeros y las autoridades:	<ul style="list-style-type: none">● En este Anexo la convivencia entre compañeros y autoridades fue más grata.● Usualmente se desarrolló cariño y agradecimiento con los compañeros y el padrino.● Algunos dijeron que entre las personas que conocieron dentro se encontraron mejores amigos que afuera.● Asisten voluntarios con diversas cohortes evangélicas y no siempre se sienten cómodos con sus visitas.● Asisten otros padrinos a hacer tribuna y en ocasiones no les gusta escucharlos o el trato que reciben de su parte.● Se considera que la buena relación con sus compañeros y autoridades es sustancial para su rehabilitación.
Los sentimientos y emociones experimentadas:	<ul style="list-style-type: none">● En este Anexo se han sentido más cómodos que en otros.● Durante su estancia experimentaron altibajos emocionales, pero tendieron a sentirse mejor y con optimismo con el paso del tiempo.● Se relató el desagrado y/o arrepentimiento de las acciones que se realizaron en el pasado.● Los cambios percibidos durante su estancia los hicieron sentir felices.● Se experimenta incertidumbre por cómo será cuando salgan del Anexo.● No quieren volver a tener problemas con las drogas.
La percepción que se tiene de sí mismos, de la gente del exterior y lo que suponen que esta piensa sobre ellos:	<ul style="list-style-type: none">● Estando en el Anexo perciben un cambio favorable en sus sentires, pensamientos y aspecto.● Reconocen la presencia de una enfermedad de carácter mental asociada al consumo de drogas. También la permanencia de ansiedad por volver a consumir.● En las personas existe un estereotipo y preconcepciones del adicto. Esto condiciona el trato hacia quienes son señalados.● Se consideró inconveniente regresar a la convivencia con sus amistades del exterior, pues las suelen asociar con la recaída.● Recuperar las relaciones de afecto y confianza con las personas que lastimaron es difícil, pero en ocasiones el cambio que experimentaron

también provocó un cambio favorable en la opinión que aquellas personas tenían sobre ellos.

- La familia se percibe fundamental como soporte y/o como motivo de recuperación. En orden se tendió a referir más a los hijos, luego a las parejas sentimentales y después a la madre y el padre. Quienes refirieron haber perdido todo afuera, usualmente optaron por mejorar para sí mismos.
-

No obstante, para dar mayor espacio a la información compartida, los resultados fueron organizados en tres secciones: en *Desde el inicio del consumo a la recaída* se presentan los antecedentes y se describe un proceso, donde se incluyen o no situaciones compartidas, pero se pretende dejar tácita las experiencias comunes entre quienes ingresan al Anexo. En *Las casas de ayuda*, se describen las características de este establecimiento en comparación a otros servicios de atención que han conocido o escuchado, también su situación actual al momento de la entrevista, por lo que los testimonios son contextualizados con relación a la experiencia dentro del Anexo visitado. Por último, en *Sentires dentro del anexo y expectativas del porvenir*, se describe las sensaciones y reflexiones de los residentes, exponiendo conjeturas que ellos mismos han desarrollado sobre los cambios percibidos, el origen de estos, las expectativas y la planeación de su futuro.

Desde los Inicios del Consumo a la Recaída

Durante las entrevistas, un tema emergente habitualmente fueron los antecedentes a su ingreso en el Anexo, atando causas con la situación en la que se encontraban al momento de las sesiones. No se dictaminó un evento preciso que condicione el inicio en el consumo de drogas, pero sí se hizo énfasis en la experimentación de ciertas sensaciones, emociones o sentimientos que

detonaron un consumo problemático y una gama de problemáticas relacionadas, y que, finalmente, los llevaron al centro de residencia.

Si bien, no existió un consenso, sí se destacaron comentarios donde se relaciona el inicio en el consumo con la falta de atención, cariño o un buen trato de parte de la familia y específicamente de su padre y/o madre o quienes hayan desempeñado un rol de cuidador/a. Algunos relatan no haber crecido con alguno o con ambos padres, por distintas causas, como el que se hayan marchado o el haber fallecido. Los que sí crecieron con uno o ambos usualmente también señalaron sentirse solos o tristes al iniciar su consumo.

De hecho, entre algunos de los más jóvenes existieron comentarios indicando que, antes de que ellos empezaran a consumir drogas, en su familia, o dentro del círculo familiar, ya se consumían, siendo éstas ilegales y legales. Alguno afirmó que *“todos mis familiares son locos”*, a lo que se escuchó *“puente”*²⁷. De esta manera, si no al inicio, la gran mayoría dijo haber consumido al menos en una ocasión con alguien de su familia. Pero, en general, la mayor parte destaca que fue con sus amistades del vecindario con quienes se comenzó a consumir, o se inició el consumo de otra sustancia, y a la par de las cuales se desarrolló un consumo problemático.

“Mi casa se volvió una casa de pánico. Antes no nos drogábamos tanto, pero luego ya dejaban pasar muchos. Después ellos entraban y salían ni pedían permiso. Después ya empezamos a robar para conseguir para nosotros dos. Así empezó más mi drogadicción. [...] Yo empecé a los 12” (Ulises, 14 años).

“No me sentía solo porque guareaba con todos mis compas, con el alcohol fue igual, con la cocaína pues tampoco, no te pierdes, no te cierras de tu mente. Y el cristal es diferente [...] Con el guare pues sí por tristeza o me sentí solo, [...] pero pensaba que mi mamá va a llegar de trabajar, y con el cristal ya no [...] En la fiesta antes tú te divertías, pero ya cuando te enfrascas tanto ya tú eres la

²⁷ Puente: es una frase utilizada entre los residentes para declarar que identifican en sí mismos, o en sus vivencias, una situación similar a la que describen sus compañeros.

diversión. El ambiente es diferente. En el guare sí duré mucho, desde los 16, era temporal lo dejaba unos meses” (Ismael, 26 años).

“Yo llegué a Salvatierra, y no seguí (consumiendo), pero pues empecé a agarrar amigos. Ahí ya probé la piedra y evolucionó la drogadicción” (Everardo, 38 años).

De esta manera, la mayoría comenta haber iniciado su consumo alrededor de los 15 años, aunque hubo pocas excepciones. Generalmente se cuenta que las primeras sustancias fueron el alcohol y el agua de celaste²⁸, y después se fue probando con otras como la marihuana, la cocaína o algunos fármacos como el clonazepam. Pero hasta cierto punto, por un tiempo, dicen haberse mantenido con cierta estabilidad, limitando la ingesta de sustancias y sus comportamientos, así como no refiriendo presentar alteraciones perjudicialmente serias en su estado de ánimo y pensamientos. Este periodo, más que como una estabilidad en sí misma, tiende a ser descrito como un periodo donde el consumo se percibió menos problemático al que llegaron a alcanzar en otro momento.

Al final todos te llevan al mismo fin, solo que el cristal a corto plazo. La cocaína a un largo plazo, bueno, a lo que yo tengo entendido y en mi propia experiencia, yo duré como 12, 15 años probando la cocaína tanto inhalada como piedra y en tres meses yo perdí a mi familia con el cristal. Cosa que con la cocaína con la piedra ni en 12-15 años nunca pasó. Lo que te comentaba, el cristal te hace como estéril. –Te mueres emocionalmente– (Omar, 34 años).

Sin embargo, en todos los casos entrevistados, se indicó que en algún momento llegaron a uno o varios “clímax²⁹” en su consumo, es decir, momentos donde se atravesó una situación problemática tras la cual se alteraron los patrones de consumo habituales. Por ejemplo, un

²⁸ Agua de celaste: también usado en la región el nombre “guare”, es un solvente comúnmente utilizado en la industria del curtido de la piel y el calzado. Suele administrarse como droga inhalable.

²⁹ El término no fue utilizado por los residentes, pero se decidió implementar para trazar las características de cúspide que describen los residentes al referir un momento de mayor agravio con relación a la percepción de su consumo y condiciones personales/sociales/ambientales.

aumento en la frecuencia de consumo y un cambio en el método de ingesta o por una nueva droga; también la forma y con quiénes se consume, pues se tendió al aislamiento social y al abandono de actividades cotidianas. En consecuencia, se describe un agravamiento de las problemáticas en su entorno familiar y social al igual que en sí mismos mental y físicamente.

Al haber alcanzado un clímax en el consumo, lo habitual ha sido internarse en un Anexo. Así, la mayoría dice haber pasado ya por varios de estos centros de ayuda mutua. Para algunos más jóvenes de entre 14 y 15 años apenas es el primer Anexo, pero para el resto resulta ser, en promedio, el cuarto Anexo en el que residen. Ya en algunos casos hay quienes van por arriba del décimo o que perdieron la cuenta. En general, la mayor parte ha conocido otros Anexos, mientras una pequeña minoría se familiariza con otros servicios como el CIJ, principalmente jóvenes, o grupos de diálogo de AA, principalmente los mayores. Esta y otras tendencias de acuerdo a la edad pueden observarse en los testimonios compartidos, pero también hay excepciones contundentes. Cabe aclarar que durante esta la investigación no se ahondó en las tendencias que pudieran presentar vinculación con el grupo eterio.

Componentes de un Clímax:

Aquel momento de clímax es distinto en cada caso, además, la intensidad y consecuencias desencadenadas fueron diversas. Pero lo que los llevó esta vez al Anexo fue, principalmente, el más grave de los clímax hasta el momento de las entrevistas. Para entenderlo mejor, generalmente ellos describieron este momento de clímax compartiendo algunos puntos, pero es importante resaltar que no todos son compartidos y la forma varía en cada caso:

- A. **Un factor desencadenante**, es decir, un conjunto de situaciones que les afectó y les hizo atravesar un estado de “bajón” emocional caracterizado por sentimientos de pesimismo,

poca energía, tristeza, culpa o resentimiento, coraje y desinterés. En cuanto a qué atribuyen el clímax, no hay consenso evidente, pero entre los adultos fue habitual la relación de su ingreso con “*una mujer*”. Mencionando principalmente situaciones donde dijeron haberse separado de una pareja. Esta percepción de pérdida, aunque no siempre referida como la causa, sí se relató como un evento significativo entre varios de ellos.

En cambio, atrás, yo había tenido esas ganas de morirme, igual que al compañero a mí me dolió mucho la separación de una pareja. Hasta eso mis hijos no los he perdido, pero hubo un momento en mi vida que pensé que yo no valía nada, quería drogarme para morirme (Omar, 34 años).

Esta como que en la mente y es un altibajo de emociones y sirve para alejarme de la muerte de mi padre o de acordarme cómo me trataban en la calle o de que mi mamá no me hacía caso. Con las emociones, los sentimientos, las derrotas, los fracasos. Si llegas a tener fracasos te minimizas y te haces menos, nos sentimos un cero a la izquierda y eso te lleva a drogarte (Ismael, 26 años).

B. Aumento en la frecuencia en el consumo de sustancias o cambio por una nueva

droga y/o método de mayor riesgo. Por ejemplo, el uso de metanfetaminas o "cristal"³⁰ (llamado coloquialmente), en la gran mayoría de los casos es la droga más identificada como la principal razón por la que fueron internados en esta ocasión. Quienes más años llevaban consumiendo sustancias la describen como una droga que provoca síntomas más graves y que en poco tiempo cambió sus vidas. Pues la falta de sueño por varias horas o días, los arrancones y descensos precipitados de energía, la “*esterilidad emocional*” (que describen como un estado de falta de empatía generalizada y en la experimentación de emociones), la aparición de delirios (estados de paranoia o alucinaciones visuales y

³⁰ Cristal: también usado el término “*crico*”, son términos de uso coloquial para denominar a la metanfetamina.

auditivas), la ansiedad por el consumo continuo, las conductas conflictivas para conseguir droga, el rechazo social y el deterioro personal; consiguió que en pocos años o meses "*perdieran todo*".

También depende mucho de la droga. Yo duré muchos años poniéndole a la cocaína. O agua de celaste con pastillas³¹. Y era una vida con problemas con cierto grado y había un tope en mi vida. Pero cuando probé el cristal me hice estéril en el aspecto de los sentimientos, me hice frío. Yo veía a las personas llorando, vi a mi madre o a mi pareja en su momento implorar. Pero no te detienes a hacer las cosas. Decía: –Nel, así como va–. Con el cristal experimenté una situación mucho muy diferente a todas las demás drogas. Yo cuando tomaba pastillas y con el agua de celaste sí andaba tumbando y robando pera hasta un cierto límite. Con el cristal mi mente se apendejaba más, como asaltar, secuestrar, meterme a las casas y si se puede hasta matarlos. Uno no pensaba en los niños o si había niños recién nacidos. Yo sentía un cierto coraje, cierto resentimiento. Cosas que eran fáciles de resolver yo los veía como una traición y trataba de hacerle el mal a mi familia, no me interesaba ver el llanto de mi familia. Yo con dinero, no le daba para sus medicamentos, bien estéril, bien seco. El cristal fue el detonante de todo el agravio de mis problemas. El cristal fue el único que me dio ganas de morir o de llevarme entre las patas a toda mi familia, de matarlos a todos (Omar, 34 años).

Nosotros también nos endeliriamos³² (con el cristal) mi papá y yo. Fue cuando matamos a la persona [...] Pensamos que nos quería hacer un mal [...] Nosotros pensamos que estaba hablando de nosotros [...] Nosotros fuimos a su casa y le echamos mentiras [...], pero fue por los delirios, no por otra cosa, también por robar pues, por hacer dinero porque ya no teníamos ni para la droga (Ulises, 14 años).

Yo creo que en orden del daño (el consumo de cristal) es: en pipa, inhalarlo, en rayas calientes y el más fuerte es inyectado³³ (Germán, 17 años).

C. Un aislamiento social y/o la interrupción de actividades como el trabajo o la escuela, pues al sumergirse en el consumo, usualmente se encerraron en una casa o habitación,

³¹ Pastillas: término coloquial para referirse a los fármacos de uso médico utilizados en abuso. Algunos ejemplos son el diazepam el cual suele ser vendido bajo el nombre comercial de rivotril.

³² Endeliriar: Término de uso coloquial que suele hacer referencia a la presentación de un episodio psicótico, o en menor medida, a otro estado acompañado de delirios, alucinaciones o disociaciones y emociones de enojo o tristeza intensas.

³³ De los participantes en esa sesión, la vía de administración del cristal fue: seis en pipa, siete por inhalación, tres en rayas calientes y dos de manera intravenosa.

abandonando sus actividades cotidianas. Se distanciaron de su familia o dejaron de aportar dinero al sustento familiar, de hecho, algunos hicieron uso de los ingresos esenciales para la compra de sustancias.

Ya tenía como un mes en el cuarto. Se dio de repente, no me quise bajonear³⁴, por eso estaba trabajando con un amigo. Me la pasaba en el trabajo callado, serio, de pronto llorando. Yo solo me hice a la orilla. Ya en el cuarto fue cuando empecé a drogarme más porque ya dejé de trabajar y diario y diario (Ismael, 26 años).

Cuando yo estaba drogado no me preocupaba. Mi suegro la inscribió en el kínder (a mi hija) y me dijo: –¿qué más quieres?, no te pido nada, solo que te dejes de drogar y trates bien a mi hija, a mi nieta–. Yo saliendo a la calle salí diciendo: –pinche viejillo, como él está amargado quiere que yo me amargue–. En la otra agrupación me hicieron ver que ellos se preocupaban por mí (Roberto, 31 años).

D. Actividades o conductas consideradas negativas por ellos mismos, aquí hubo varias diferencias pues no todos habían hecho lo mismo. Pero sí relataron que, para mantener su consumo, varios de ellos vendieron las cosas de su familia, robaron en sus casas o en otras propiedades, así como realizaron asalto con uso de la fuerza. Otros se involucraron en el mercado del narcotráfico ayudando a vender drogas ilegales en una vivienda, o en menor medida, participando activamente en la venta o producción de drogas a mayor escala. El desempeño de las conductas violentas fue atribuido al uso de sustancias, pero no de todas, pues se distinguió en primer lugar el cristal, y en menor medida el alcohol u otros estimulantes de carácter médico.

Cuando uno está drogado es como un animal, no le piensas en robar o picar. Es por seguir un placer, por seguir la loquera. Pero cuando andas bien no te animas a asaltar a nadie, ni a picar a nadie ni a hacer todas las chingaderas que uno

³⁴ Bajonear: término de uso coloquial que refiere a un estado de “bajón” emocional caracterizado por sentimientos de pesimismo, poca energía, tristeza, culpa o resentimiento, coraje y desinterés.

hacía cuando estaba afuera. Eres bastante diferente. Cuando estás drogado te mueves por instinto (Ernesto, 27 años).

Me metí en problemas. Como aquí vendía droga y yo pensé en todos lados podía llegar y juntarme como si nada. Tuve que llegar a querer hacer eso y me levantaron y pusieron una madrina y me vine caminando hasta acá (de una ciudad a otra). Y me vinieron escoltando y no me dejaron pararme en ningún lado. Lloviendo y fue un día y una noche completo. Solo me dejaron pararme que le dije que me venía matando la cruda y me dijeron que qué ocupaba, pues un alcohol. Y esa vez fui por dos alcoholes y un refresco y esos atrás de mí [...] el federal nomás se me quedaba viendo (Evodio, 36 años).

E. Repercusiones en la familia y otros vínculos afectivos como los noviazgos y amigos,

al hacerles daño o defraudarlos. Se comenta que las acciones que tomaron lastimaron a las personas y cambió la manera en que los siguieron tratando. En su mayoría se comenta la pérdida de la confianza, la aparición del rechazo y el distanciamiento.

Arrepentimiento sí tengo por a lo mejor el daño que le he causado a mi madre, la he hecho sentir mal, pero a lo mejor sí fui muy consentido, ella me ha dado todo [...] Me ha hecho sentir mal, sí me arrepintiéndome de tanto daño que le he hecho, ahorita no soy ni pinche basura por todo lo que he hecho, porque hasta ahorita yo le marco y no me contesta (Everardo, 38 años).

Y pues abusando de ella, la única que me podría levantar mi autoestima, mi moral, y le marco y me dice –discúlpame yo ya hallé a otra persona, tú me hiciste mucho daño– y me empiezo a sentir mal, me comienzan a surgir los estragos del alcohol y sentirme mal porque dañás a las personas, a mí en mi caso, no sé a mis compañeros, pero a mí sí me daña el dañar a las personas, o a las mujeres pues (Zacarías, 36 años).

Cuando estabas bien no había esa desconfianza. Entonces cuando tú ya te drogas la gente te tiene desconfianza. Se acaba el mismo trato, es lo que decía mis compañeros, que uno quiere agarrar lo mismo de antes, no sé para ellos. Pero esperamos a que se les olvide para comenzar a hacer la misma mamada, pero eso se queda como una espina en la familia (Everardo, 38 años).

F. Repercusiones personales en sus emociones, en su físico y pensamiento. Cuentan que

bajo el efecto de las drogas su modo de actuar cambia, dependiendo de la droga, y eso trae consecuencias en su persona. Comúnmente mencionan el cambio en su manera de

pensar, actuar y el deterioro físico que sufren, de igual manera, algunas condiciones que cuentan seguir enfrentando como la ansiedad por volver a consumir. También, en algunos casos apareció la ideación suicida o su intento.

El cristal te da mucho para andar activo. El alcohol nomás para andar mareado. Las pastillas pierdes el conocimiento de todo nomás estás de ocioso. La cocaína para estar cotorreando, pero se te pasa, es como el cristal, pero la mitad de efecto. La piedra nomás te das una fumada y a lo mucho unos 7 minutos y ya quieres andar fumando otra vez. La marihuana a todos le da diferente, a unos los duerme a otros nomás les da risa, es que no a todos les hace el mismo efecto, a mí la marihuana me da pura felicidad, a otros no les cae. A otros las patillas los calma, a otros les da por hacer pendejadas que ni te acuerdas (Ernesto, 27 años).

Delirios de persecución. Ves que están hablando de unas cosas y tú piensas que están hablando de ti. Piensas que te están atacando [...] El guare a mí me deliraba mucho, no a todos les hace el mismo efecto cada vez. Antes yo era de las personas que les gustaba verse en el espejo y me chuleaba yo solo. Ahora hasta me da miedo verme. Perdí mi pensamiento, mi físico (Everardo, 38 años).

Después que me dejé con la morra pasaron como dos meses para cuando llegué al anexo. El mismo día que me intenté colgar fue cuando me trajeron al anexo (Ismael, 26 años).

- G. Similar a los últimos dos puntos, se comenta de una **aparente representación social de “adicto” para la sociedad**, incluyendo actitudes de rechazo y desconfianza hacia su persona. Se describe un momento donde era evidente su condición de adicto ante la gente y recibían un trato estigmatizado.

El cristal hace que desprendas un olor como a insecticida, como a muerto, como azufre. Entonces cuando sudas hueles como a rancio, viejito. Yo olía a mis abuelos que olían así y yo también olía así. Aunque lavaba mi ropa y olía bonito en 15 minutos sudaba y ya cambiaba. Y entre locos nos damos cuenta, mucha de la gente piensa que es por el trabajo, pero la gente te dice que hueles bien crico³⁵ y te sienta mal. Todo eso te va quitando tu autoestima como persona (Omar, 34 años).

³⁵ Crico: también usado el nombre “cristal”, son términos de uso coloquial para denominar a la metanfetamina.

Mucha gente afuera te decía es donde vas a acabar. En un CERESO³⁶, en un panteón o en san pedro de los locos. No quiero terminar en un lugar de esos (Andrés, 15 años).

En mi caso personal. Cada quien sabe lo que trae con la droga, con los problemas que trae en su casa. Cada quien sabe lo que trae en su costal. Pero en mi caso personal, en la forma de estar con mis compañeros. Yo era de las personas que convivía con mucha gente. Tenía un equipo de fútbol con varias muchachas y todo. Sin embargo, ya al último cuando tú llegabas los mismos compañeros decían –ahí viene este cabrón–, –¿a qué vienes? –, te ven como con otra cara. La misma familia antes te recibía con los brazos abiertos, pero luego les tocabas y ya no te abrían (Everardo, 38 años).

Te voy a poner un ejemplo, tú tienes un título de psicólogo. Nosotros comenzamos chiquitos y seguimos hasta que obtenemos un título de drogadictos. Un título que no podemos ver. Un título que no se nos va a quitar porque la gente lo sabe [...], si ellos ven que tú andas con la misma gente que se droga, aunque ya no te drogues, se les queda la espinita. La misma familia, la gente, tu pareja, tu novia, quien sea queda con eso (Zacarías, 36 años).

Las Casas de Ayuda

Comparación con otros Anexos

La opinión sobre otros Anexos en contraste con el actual, no suele ser igual de positiva; aunque sí hubo unos pocos que dijeron preferir otros Anexos donde han estado. En general, de los otros Anexos relatan un exceso de juntas, menor calidad en la atención y tratamiento, más residentes y, por consiguiente, una reducción al acceso de recursos debido al hacinamiento. Por el exceso de población y la desconfianza hacia los residentes, también relatan falta de privacidad. Hubo quejas por la calidad de los alimentos, así como la falta de recursos y espacios para la recreación. Igualmente, recalcan la tendencia a un trato menos de su agrado por parte de los directivos, padrinos y los demás compañeros. Por ello se suelen resaltar el uso de aplicaciones más

³⁶ Centro de Reinserción Social (CERESO), son centros penitenciarios desarrollados con el objetivo de reinserter socialmente a las personas que infligen la ley.

continuas o con la implementación de violencia física, que generaba consecuencias que consideran contraproducentes.

En otros lugares te bañan con todos (Vidal, 15 años).

Cuando vas al baño te acompaña una persona (Mario, 19 años).

En otros lugares donde yo estaba nos dejaban golpearlos. Te dejaban guates, cuando cambiaron de dirección ya era sin guantes, era para su diversión. Aquí no te incitan (Hugo, 30 años).

Yo pensé que iba a ser como allá que ya caminabas un poquito y estaba uno sentado en un rincón llorando o estaba otro pegándose en la pared o estaba otro peleándose con el otro y otro robándose calcetines (Ismael, 26 años).

En otros lugares sí es una aplicación fuerte que te quiten la sal, el chile, las tortillas, aquí no. Aquí lo más que puede llegar es hincarte unos 15 minutos por faltarle el respeto a las personas [...] En otro (anexo que estuve) hay junta cada 15 min. Son más espirituales. Dormía de 2 a 3 horas y el resto del tiempo te las pasabas en juntas, era para que no te durmieras, que siempre hubiera alguien despierto. Se iban cambiando (Zacarías, 36 años).

Me había dicho que los anexos eran igual que la cárcel. Estuve en otro y sí es como una cárcel, tenían a 20 personas dormidas en un cuartito, hasta en el baño los tenían dormidos. La comida es lo mismo diario, una tortilla, o dos. No había deporte, no había gimnasio. La verdad este no parece. [...] En otros anexos el psicólogo nomás te ponía la película motivacional y nomás la paraba y nos ponía a estirarnos o te hacía preguntas de la película (Gerónimo, 28 años).

Comentaron que en la región existen varios Anexos. Destacaron dos por ser los más grandes y contar con un amplio terreno y recursos. Entre estos recursos, se mencionó espacios para el deporte y la preparación de alimentos destinados a la venta para la obtención de fondos. Dos de los residentes dijeron preferir estos establecimientos, de hecho, a uno sus familiares lo reubicaron allá. El otro cambió de opinión y prefirió el actual después.

Allá el trato es normal, igual que aquí. La diferencia es que son anexos más grandes. Ahí había más juntas y el horario era más temprano. Aquí es más chico, pero se siente a gusto. En otros está más grande, y hay más juntas. Aquí el trato es normal, sí hay reglas de no golpear (Ismael, 26 años).

Al hablar de otros Anexos, algunos de los de mayor edad hicieron énfasis en la modalidad “*fuera de serie*”, esta variedad la describieron como una “*terapia destructiva*” al implementarse un trato considerablemente más violento hacia los residentes, verbal, física y psicológicamente, a través la repetición de aplicaciones severas. Comentan que este tipo de Anexos han ido disminuyendo, pero anteriormente eran los más habituales.

Si eres renuente. Te paraban en la pared 72 horas o 26. Te castigaban la comida, te apartaban y daban de comer aparte. Te ponían desnudo en las escaleras boca abajo para que lastimaran los picos. Yo te llegué a ver eso [...] yo me la llevaba tranquilo (Hugo, 30 años).

Antes se daba mucho lo del padrino, pero ahora ya hay clínica. Han cambiado todos los estatutos por respeto a la integridad física. Por eso ya no se han visto tantos fuera de serie (Marcelo, 40 años).

Fuera de principios, fuera de lugar, fuera de sí mismos, llama la atenciones. Algo que los demás no pueden hacer. Como lo que no hacen con la mujer lo hacen con las madrinas. Igual las madrinas, lo que no le pueden hacer a su marido se lo hacen a ellos, los cachetean, los llenan de popo, les avientan orines. Incluso hay ocasiones en que hay golpes, pero los separan pues. Hay un compromiso muy fuerte en los fuera de serie (Zacarías, 36 años).

Había una que le llamábamos la entamalada, era la aplicación más dura. Te meten en cuatro cobijas y te amarran como si fueras un tamal, te encierran, te ahogas adentro del mismo calor. Te dejan 19, 15, 20 minutos. En una ocasión un señor ya grande de edad [...] le dio un infarto. Y las autoridades lo tomaron como infarto, pero la realidad yo pienso que fue que se asfixió. Imagínese, cuatro cobertores en tiempo de calor, amarrado de las dos puntas. El calor y la asfixia, te ahogas, sientes que te ahogas. Un castigo de lo más fuertes que yo miré en un centro de rehabilitación (Zacarías, 36 años).

Así, los mayores relataron que los Anexos han cambiado con el tiempo, pues anteriormente las aplicaciones eran más comunes y violentas; con una modalidad más parecida a los fuera de serie. También, antes era más común la presencia de padrinos, pues ellos orientaban y evaluaban el progreso de sus ahijados, decidiendo cómo y cuándo serían las aplicaciones. Por su condición de experiencia y el rol que desempeñaban, contar con un padrino resultaba crucial.

Pero actualmente, es bastante menos común tener un padrino, pues solo uno refirió aún tenerlo y contaba con él desde hace varios años: “él conoce mi vida, conoce a mi familia, mis hijas, él sabe cuándo recaigo”.

Estuve en un anexo a puerta abierta cuando tenía 14 años [...] cuando uno no quería estar ahí hablaba con el padrino si ya se quería ir. [...] Cuando escoges a un padrino le dices padrino también afuera, él te dice -desde este momento tú vas a ser mi ahijado-. [...] Una vez le pedí a mi padre celebrar un aniversario, mi padre que dijo sí pero mi padrino que no y no me lo hicieron. [...] El padrino te pagaba en parte la despensa. Ya de repente el padrino te mandaba cosas nomás te decía pórtate bien (Marcelo, 40 años).

Los anexos fuera de serie eran más agresivos. En un fuera de serie. Golpes, destructivo. Hay más violencia. Uno ocupa un padrino para que te respalde. [...] En los anexos donde hay padrino el padrino lo ocupas para todo. Te da tu aplicación. Puedes contarle que te aplicaron y les dices que hiciste -fíjese que rezongué o molesté a mi compañero-, él puede hablar con los directores para que te quiten la aplicación o para que te la aumenten. También le dices -écheme voluntad para unos cigarrros, para salir a compartir, para ver a tu familia- él te da la luz verde. Él te puede decir -sabes qué, andas movido-. [...] -Él te dice, solo por hoy no mires a tu familia, solo por hoy no sales a compartir”. [...] Uno ocupa un padrino porque traes algo que le das vueltas y vueltas, y no sabes qué pero no lo quieres ver. Entonces necesitas que alguien más te lo diga a la cara. Es algo muy similar con la psicología un padrino, a lo mejor sin un título, pero sí con experiencia (Zacarías, 36 años).

Otros Servicios de Tratamiento

De manera general, entre las personas internas no hay mucha familiaridad con otros servicios de atención al consumo de drogas; excepto por las variaciones de cohorte cristiana, las juntas AA de no residencia y Neuróticos Anónimos; aunque solo uno dijo haber estado en estos grupos.

También comentaron tener una noción de Oceanía, aunque limitada a saber que el servicio es costoso. La mayoría de los más jóvenes no conocían los Anexos *fuera de serie*, algunos menos jóvenes solo los habían llegado a escuchar. Solo tres de estos últimos llegaron a mencionar los CIJ debido a que en la secundaria los habían canalizado, aunque ninguno continuó con la

atención. Por otra parte, nadie mencionó los servicios CAPA, pero la atención en los CIJ consistió en una atención ambulatoria.

No me gustó porque me dijeron que era anónimo (en el CIJ), pero le contaron todo a mi mamá (Germán, 17 años).

Estuve en un CIJ [...] tenía una cartilla y allá iba a citas con una doctora [...] Tomaba pastillas, pero las usaba en exceso [...] A los que usaban heroínas les recetaban metadona. Allá la atención es muy diferente, creo que también uno se puede quedar [...] había mucha gente. Yo nunca me quedé [...] es muy diferente, iba unas dos veces y ya no volvía. Yo creo que podría ser mejor, pero por la desidia de uno pues ya no va, acá en cambio uno se queda (Mario, 23 años).

Al CIJ fui nada más como una tres veces, iba en la secundaria, primero fui a que me hicieran una valoración, ya después fui y platiqué con un psicólogo. Me decía que, si quería hacerlo por terapia o anexarme en el centro, fue cuando no me gustó la medicina controlada. Eso de medicado nunca me ha gustado perderme de la realidad, por eso la marihuana nunca me gustó porque me cerraba mi mundo, me daba miedo igual las pastillas por lo mismo, no me gustaba perder la noción del tiempo. Ya después nomás los anexos (Ismael, 26 años).

En este Anexo

Quienes recién llegaban al Anexo donde se realizó la investigación, comúnmente se notaban con ojeras bajo los ojos y muy delgados. Se veían cansados y desorientados, comentando sentir disyuntivas intensas en sus emociones, experimentando coraje, rencor o miedo, otras veces tristeza y desesperanza. Normalmente, se refiere que este estado es ocasionado por la abstinencia, así como el hecho de saberte encerrado. Se relata que varias veces ellos llegaban al Anexo aún bajo el efecto de alguna droga, por lo que se les dejaba pasar aproximadamente 72 horas en una habitación, donde debían permanecer bajo vigilancia. Usualmente, se dijo que quienes llegaban involuntariamente se mostraron más renuentes, pero siempre fueron respetuosos y participativos durante las visitas. En cambio, los que llegaron por su voluntad solían hacer comentarios optimistas aludiendo a un deseo de recuperación. Siendo que llegaron

por su propia voluntad o en su contra, se cuenta que la mayoría presentaba ansiedad y

“*sentimientos encontrados*” durante sus primeros días.

Vienen de que su familia los golpee o de que cualquier gente los golpee. Nos dicen que los tratemos bien, es lo más sincero. Los de la oficina van por los nuevos internos. [...] Para recogerlos se recomienda que los familiares lo entretengan con alcohol o droga, tratan de agarrarlos dormidos porque puede ser peligroso, pueden sacar cuchillos. Luego pueden esconderse con su banda (Mario, 19 años).

Sin embargo, conforme pasaba el tiempo, quienes más participaron durante las entrevistas grupales dijeron sentirse motivados. Indicaron que este Anexo tiene poco y apenas va empezando, por ello son pocos los residentes. De igual manera, el ser pocos les parece ser conveniente, pues se relata más cercanía entre ellos. En general, cuentan que este Anexo se distinguía por el buen trato de los compañeros y directivos, al igual que por la calidad y cantidad de servicios, recursos e instalaciones. Por lo tanto, la mayoría dijo sentirse bien en este Anexo en comparación a los otros que han conocido o de los que han escuchado.

Aquí hay privacidad. Aquí hay cuatro regaderas, se van metiendo de dos en dos. Se les da chance que se den una o dos talladas, ya cuando quieran salirse se suben y se cambian (Mario, 19 años).

La casa está bien, tiene piso, están forrados los baños, tenemos bomba, tenemos televisión, música, la biblioteca, tenemos los pizarrones y en otros lados no. Vienes tú, viene un pastor, otro pastor que da el tema de la iglesia porque luego tiene su forma de ser, es muy diferente. [...] aquí sí hay pan, palomitas, leche, es parejo. Aquí tenemos los servicios, un chavo te lava la ropa, te cortan el pelo, por aquí hay un barber shop, uno que tiene un medio anexo y no nos cobra. Nos rasura. Está bien la verdad, el padrino cualquier cosa puedes platicar con él. Es que te hacen sentir como en casa y te chiquean y eso es lo que me ha hecho sentir bien (Everardo, 38 años).

Yo estuve en otra ciudad, allá compran todo los padrinos, es un poco más de verdura, un espacio más pequeño. Aquí tenemos más espacio. Me parece mejor en instalaciones, la finalidad es la misma (Zacarías, 36 años).

De esta manera entre las opiniones sobre el Anexo se repiten algunos aspectos. En lo más favorable se enumera la comida, la limpieza, la privacidad, el gimnasio, la relación con los compañeros y los directivos, y la repartición de *servicios* (tareas asignadas a cada uno); asimismo se comenta que suelen recibir atención médica y psicológica periódicamente. También se señala que en este Anexo no hay padrinos, pero al director del centro se le suele llamar así. Cuando se llegó a mencionar al director, se le describió como atento, alegre y cariñoso. Compartiendo una imagen positiva de él.

Respecto a la repartición de *servicios*, se asignan distintas actividades donde a algunos les corresponde el rol de *servidores*, es decir, un rol de autoridad de acuerdo con una organización jerarquizada de supervisores. Este rol es asignado por el padrino y las autoridades ya designadas según la buena conducta de los residentes. El orden de los *servidores* es: el secretario –segunda mano del director–, el subsecretario, el llavero –encargado de las entradas y salidas del Anexo–, el encargado de casa³⁷, 1º, 2º y 3º al mando, y el personal de supervisión de la limpieza. Las autoridades más altas son quienes deciden las aplicaciones³⁸, de ser consideradas pertinentes para disciplinar a los residentes tras haber cometido una falta. A parte de las autoridades, existen otras funciones como la cocina y la tienda, mientras que el resto participa en el aseo rolando las tareas de acuerdo con un calendario.

Los fondos para el Anexo se obtienen de una cuota de 300 pesos semanales por persona, la cual es pagada por la familia, aunque en algunos casos llegan a ser los amigos quienes brindan

³⁷ Solamente los residentes asignados en este y los cargos superiores, tienen derecho a permanecer en la oficina.

³⁸ Aplicaciones: término de jerga en los anexos que se refiere a los castigos físicos, emocionales o de privación de bienes y libertades, que se implementan por parte de las autoridades para disciplinar el comportamiento renuente de un interno.

el pago. Víveres, productos de primera necesidad, ropa, cobijas entre otros recursos, son donados por la familia, por ex residentes, en los mercados o por personas que se acercan al centro.

También, se tiene una pequeña tienda donde las visitas y los residentes pueden comprar algunos productos como dulces y cigarros. Sin embargo, hay algunos casos de personas que no tienen los recursos económicos para costear las cuotas, por lo que se han dado excepciones en el pago mientras ayudan en otras labores para el centro.

(Ayudan) porque ven que aquí no se les pega, se les trata bien, luego esa gente te apoya y te trae cosas (Mario, 19 años).

Uno de los residentes agregó que este, como otros Anexos, ya son *clínicas*. Pues ofrecen servicios más especializados y completos. También mostró tener conocimiento del programa de regulación de los Anexos por parte del gobierno, comentó que hasta donde él sabe las autoridades estatales no han visitado el establecimiento y no brindan apoyo económico para este.

Hay veces que del CERESO los mandan al centro de rehabilitación, hay clínicas que están registradas. Últimamente el gobierno se está metiendo más en las clínicas de rehabilitación desde quien sabe que ley, ya en comparación son menos que no están registradas. [...] Vienen de fiscalización a revisar el ambiente. Aquí no han venido, pero a otros sí han llegado. [...] El gobierno no apoya, hasta donde sabemos. Recibimos apoyos de caridad, algunas personas que antes fueron internos no brindan su apoyo. Por ejemplo, la mamá que hace pan viene y nos deja (Zacarías, 36 años).

Por todo lo anterior, la mayoría dijo sentirse cómodo en este establecimiento, destacando el ambiente favorable que se desarrollaba dentro de él. La convivencia entre compañeros y autoridades, así como el apoyo de estos, fue referido fundamental en su opinión sobre el lugar, pero también se dijo determinante en cuanto a las expectativas de mejora que con el tiempo iban desarrollando.

En estas casas te dan la ayuda moral que uno necesita. Los amigos de afuera no te lo dan. Aquí de verdad son amigos, porque cuando estás drogado no eres quién eres. Cuando están sobrios es cuando conoces de verdad (Roberto, 31 años).

Pues aquí se siente como si fuéramos familia. Allá sí me sentía anexado. Te decían –chinga tu madre [...] a mí no me debes de gritar–. Peor que en tu casa. Y aquí ves al padrino y te dice pinche loco, pinche tronao, o sea, aquí abajo sí cotorreamos todo. Los que llevamos más tiempo, si le das una nalgada o le pones un sape y le avientas algo. Y no se enojan ya es diferente o allá en el servicio. Se siente pues sí esa unidad más que una casa (Ismael, 26 años).

En este momento sí me siento capaz porque, no di la vuelta de 90 grados, pero voy por ejemplo a mí no me gustaba el ejercicio. Pero aquí habemos señores grandes, chicos y tenemos una forma de convivir y cotorrear. Aquí hay de todo, niños, adultos, pero tienes la forma de expresarte con cada uno (Everardo, 38 años).

No obstante, a pesar de la mayoría de los comentarios positivos, sí aparecieron algunos en desacuerdo. Comentaron que al Anexo se presentaban varias personas para ofrecer consejos y orientación. Algunas de ellas eran visitas agendas de parte de religiosos, pero debido a que asistían a profesar de diferentes iglesias, surgían discusiones entre los visitantes cuando se encontraban; lo cual incomodaba a los residentes. Igualmente hubo quienes se sentían incómodos con la cohorte evangélica en el centro, pero la mayoría estuvo de acuerdo con esta. Donde hubo más consenso fue con el desagrado a las visitas de algunos otros visitantes, que se presentaban para declamar sus experiencias. Estas eran personas que también declararon tener o haber tenido una historia con relación al consumo problemático de drogas, por lo que se dedicaban a compartir su experiencia, pero comúnmente atacando a los residentes y juzgándolos. Aunque no se sabe si siempre es de ese modo, hubo quejas sobre situaciones que ocurrieron así.

Sentires dentro del Anexo y Expectativas del Porvenir

Los Sentires y el Cambio en sí mismos

Aunque se reconoce que al estar dentro del Anexo los pensamientos y sentires físicos/emocionales son cambiantes, pues se puede tener una actitud positiva en unos momentos, pero tener un bajón emocional al extrañar a la familia; experimentar culpa por los fracasos y el daño ejercido hacia su familia y ellos mismos; o tener una precipitación de ansiedad por salir y volver a consumir. Aun así, con el paso del tiempo, las personas van coincidiendo en una *percepción del cambio*. Este cambio lo visualizan en dos partes: en ellos al revisar su aspecto, su mente y sus sensaciones, y en la gente que les rodea, sean personas cercanas o la sociedad misma.

Yo desde los 10 años me empecé a drogar con marihuana. Ahorita a mis 27 ya me aburrí. Llegó el momento en que ya no quiero, pero el cuerpo lo pide. Y todo es mental porque ahorita no hay nada de eso. Aunque el cuerpo lo pida. Hay días en los que uno ya queda un poco loquito y quiera o no hay bipolaridad en tu persona. Pero más que nada es aprender a controlarla y aprender a estar bien. Ahorita ya llevo un rato y ya me estoy acostumbrando a vivir bien, a decir las palabras bien, a captar lo que me dicen bien, a cuadrar (Ernesto, 27 años).

Yo hoy veo a las personas con cierto cariño, quiero cambiar mis pensamientos y mis actitudes. Me dicen que trate de llevar lo contrario de lo que me dice la mente. Yo el día de hoy veo a las personas con un cierto aprecio, con un cierto cariño. No sé cómo me vean las personas a mí, porque yo soy de las personas bipolares, ni me entiendo a mí mismo, no sé cuál sea mi concepto (Andrés, 15 años).

Mi familia me ve con amor, con ojos alegres. Antes no me veían así, antes los volteaba a ver y agachaban la mirada y le seguían. Lo que quiero cambiar es todos esos pensamientos con los que llegué. El día de hoy no pienso como antes (Ulises, 14 años).

Las otras personas lo puedo decir como la sociedad. Ya pueden hablar contigo, ya tienen otra vez la confianza. Como que ya hay poquito más [...] No sé si han llegado a fijar cómo cambia uno, como cuando llegan. Cómo cambia su fisonomía. Cuando llega uno llega como endiablado, ojeroso, todo flaco. Cuando uno sale del grupo sale más bañado, más gordito. Cuando yo andaba en la calle

la mayoría de la gente se asustaba, se cambiaba de banqueta. Me he fijado en mis compañeros cómo cambia la fisionomía y cuando uno sale de estos lugares como que la gente le tiene más confianza (Omar, 34 años).

Tras el carácter del consumo que han tenido, es habitual que se llamen a sí mismos “locos”. Argumentando que los problemas con el consumo que tuvieron y mantienen tienen un origen mental, por lo que siguen apareciendo pensamientos alusivos al consumo u otras conductas que quieren dejar. Suelen decir que están “enfermos” y que es algo con lo que van a tener que lidiar. También a manera de broma, fue común que, tras una risa espontánea o el comentario de algún compañero, se desatara una risa grupal; y que tras la confusión del investigador alguien se dedicara a recordar: “*es que estamos locos padrino*”.

Muchos dicen que es un vicio, pero es una enfermedad mental lo que uno llega a tener. Porque nadie te obliga a decir, ven fúmale, ven tómale. No, es tu propia mente cambiante y variante. Porque la mente de repente está bien y de repente tienes un malestar. Un bajón, tú mismo te das cuenta de que es esto, es un vicio pues. Muchos no se consideran enfermos, pero es una enfermedad (Benjamín, 23 años).

Yo diría que es como un problema, un trauma psicológico. Un problema de la mente. Hasta algunos drogadictos actuamos bien, hasta mejor que no andando drogado. Por eso yo creo que es un trauma mental que tenemos cada uno (Ernesto, 27 años).

Yo quería comentar que cuando yo estaba de primero no pensaba nada de si era un vicio o de si era una enfermedad, si era desagradable y a través de estas casas me he estado dando cuenta de que sí es una enfermedad porque cuando llego a salir llego a pensar mi comodidad, ya no es tanto una satisfacción como antes, sino como un calmante. Ahí pienso que sí es como una enfermedad de plano (Marcelo, 40 años)

Aunque se percibía respeto general entre los compañeros, hubo dos personas que por sus comentarios y comportamientos eran señalados como “locos” de una forma diferente, usándolos como ejemplo. Parecía darse una connotación más directa y menos compartida. En el caso de uno, éste nunca mostró algún tipo de molestia o recelo visible, al contrario, se reía. Pero otro sí

dijo molestarle y se quejó de que no le tomaran en serio. Él comentó tener alucinaciones y también haber cometido una variedad de acciones; pero las risas de sus compañeros se escucharon varias veces mientras hablaba, a lo que reaccionó ofendido. Tras platicar con el investigador normalmente se notó más calmado.

Por otra parte, se mencionó, aunque muy poco, sobre situaciones donde uno u otro residente no le agradaba un compañero, pero no se comentó mucho sobre ello. Solamente, algunos al hablar de los privilegios que se podían obtener al ganarse un puesto de servidor, aludieron cierta tensión entre los compañeros como críticas o señalamientos de simulaciones para ganarse la aprobación de las autoridades.

Los Agradecimientos

Debido a que son bastantes quienes comentan haber perdido la confianza de su familia, se enfatiza el agradecimiento cuando reciben su apoyo. De hecho, quienes dijeron haber comenzado a recuperar el apoyo de su familia, con motivo de su ingreso y mejora, reportaron sentirse motivados y en parte adjudicaron este apoyo a su propio cambio personal.

Este cambio en sí mismos se atribuye a las personas que les apoyan. Sea desde afuera quienes los están esperando o desde adentro quienes les comparten experiencias, escuchan y dan ánimos. También se hace precisión en la particularidad de este Anexo, pues ahí se ha facilitado el cambio positivo.

Estoy agradecido con mi familia y con los padrinos de aquí (Andrés, 15 años).

No te mueve pensar en otra drogadicción. [...] Cuando llegué la primera vez caí en eso. Quienes siempre te mueven más son los compañeros. Yo pienso que te mueve más, es lo que yo puse más atención desde un primer anexo. Esa reflexión

me traje. [...] Te mueve eso, reflexionar con ellos, eso te mueve más (Adrián, 17 años).

Tenemos la misma carrera de drogarnos. Pero podemos tener una conversación, no estar en una esquina oscura. Yo platicaba con los muros, yo solo me contestaba. Es algo muy diferente a como estaba en la calle, con ganas de seguir drogándome [...] se me antoja mejor platicar. Me estaba ahogando en un vaso de agua y sin embargo aquí tengo mi salvavidas que son ellos (Everardo, 38 años).

Los Objetivos

En consecuencia, al experimentar ese agradecimiento y/o motivación, algunos de ellos se centraron en querer recuperar lo que perdieron, como proyectos, actividades o metas interrumpidas al sumergirse en el consumo de drogas; al igual que aspectos de sí mismos, de su propia personalidad o esencia. Pero uno de los temas donde más se dijo querer enfocarse a recuperar, son las personas queridas que perdieron o de las que se alejaron. De estas, se hace principal énfasis en las hijas y los hijos; también en la familia distinguiendo a los padres y las parejas sentimentales.

Yo estoy bien agradecido tanto como Dios, con mi familia. Cuando estoy triste yo mismo me doy un abrazo y digo tú puedes perro. Cuando salga quiero estar con mi hijo. El día de hoy tengo lo que muchos no tienen, mi juventud es lo que cuenta, eso es lo que muchos no pueden recuperar. Tengo 15 años y he desperdiciado mi vida en drogas, alcohol, viejas. El día de hoy tengo que darme ese valoramiento a mí mismo y quererme más que nada porque desde hace mucho tiempo descuido mi cuerpo, mi persona tanto física y espiritualmente (Andrés, 15 años).

Yo no espero más que nada proyectos. Recuperar a mi familia y casarme. Empezar una vida desde cero. Remediar los errores que tuve. Los defectos, el carácter, mis emociones. Recuperar a mi esposa, a mis hijos. Más que nada tener una nueva visión de vida. Tener nuevos proyectos. Recuperar el trabajo que tuve. Más que nada tratar de luchar por mi familia (Ismael, 26 años).

Primeramente Dios es lo que quiero luchar. Recuperar a la familia, a los hijos. Luchar por dejar las drogas (Marcelo, 40 años).

Recuperar a mi familia, mi papá, mi mamá, mi carnalillo. A mis abuelos. Salir adelante. Que sea mi primer y último anexo (Mauricio, 14 años).

Volver a estar con la familia. Estar unidos, como antes, que no haiga drogas. Que haiga la misma confianza que hubo antes. El mismo trato, el mismo respeto (Roberto, 31 años).

De manera distinta, otros discuten que al haber perdido a las personas no les corresponde ir detrás de ellas. Reconociendo algunos actos como irremediables, o que esas personas están mejor sin ellos. Con estos contrastes, se llegó al punto de despertar un debate sobre ¿qué es lo mejor, aspirar hacia una rehabilitación en pro de la recuperación de los seres queridos o al principal beneficio y recuperación de uno mismo?

En mi caso yo estoy solo. Pienso muy diferente. Él es una persona que tiene esposa e hijos, entonces él si requiere de alguien, pero yo soy al contrario porque yo no tengo a nadie, yo vivo solo. [...] Pero si no tengo a nadie me quiero demostrar a mí mismo y las personas que me hicieron menos, que puedo cambiar. No tengo a mi pareja, tengo a mi madre, pero están con sus hijas, lo que pasó con ellas no es que sea egoísta es solo que simplemente ellas tienen su vida con su madre y no necesitan nada de mí, entonces tampoco me voy a agarrar de ellas porque no las quiero perjudicar emocionalmente. Porque si ellas tienen una persona que les dice que es su padre, yo no quiero llegar a darles un cambio diciéndoles que yo soy su padre y la verdad me quiero alejar de eso. Si a una niña tú le haces eso la vas a afectar toda la vida. Y no quiero perjudicar a la niña, ni quiero perjudicar a la mujer ni quiero perjudicar al esposo, por ser una persona machista y yo no soy así (Everardo, 38 años).

En mi caso personal. Debo de ser primero yo porque yo cuando andaba drogado perdí todo, padres, hermanos, hijos. En cambio, cuando andaba bien sí me agarraba. En mi tiempo de sobriedad recuperé todo y hasta de más, pero cuando le volví a agarrar perdí todo. Por eso si no estoy bien yo cómo voy a querer a alguien más (Ernesto, 27 años).

Sí, estoy de acuerdo. Yo antes llegaba a los anexos sin familia, pero en mis 15 años de sobriedad la tuve. Ahora quiero recuperar más que nada esa confianza, yo viví mis 15 años de sobriedad con mis hijos, mis hijos ni se daban cuenta que yo me drogaba. A eso vengo yo, primero yo, después mis hijos (Marcelo, 40 años).

No porque estés aquí se va recuperar la confianza. No, la confianza ya se perdió completamente, para recuperar la confianza de la familia es ganándosela poco a poco. Pero no nomás aquí, porque aquí no tenemos alcohol. Los hechos son afuera. La verdadera recuperación se demuestra ahí en la calle. Cuando yo salí del otro anexo, lo primero que llegué a visitar a la banda. Y me ofrecieron y les

dije no, me alejé. Y le dije a mi esposa, quiúbole, nomás llegué a decirles que aquí estaba. Me traspulcó³⁹ mi esposa y cada que iba a un lado mi esposa estaba detrás de mí. Cada que salía a una tienda mi esposa estaba detrás de mí (Benjamín, 23 años).

Así, el debate se abrió reflexionando sobre cuáles son las razones más legítimas para perseguir una rehabilitación, ¿qué es aquello que ha de servir de “*echar pa’ delante*”? y ¿qué es lo que desean a futuro? Aunque no se llegó a un acuerdo claro, se compartía la visión de que ellos debían mejorar, sea para recuperar a alguien o para recuperarse a sí mismos.

Pero ahora lo hago por mí, no por mi pareja ni por mi mamá. Lo estoy haciendo por mí. Siento una paz, el día de hoy pongo proyectos y me incluyo en los del padrino, aunque sean diferentes. Me gusta lo de los grupos, poder ir por los compañeros. Cuando fui por el compañero no me dio escozor abrazarlo, venía como yo, le dije –ánimo aquí te vas a poner bien carnal–. En un futuro me gustaría que mis hijos se sintieran orgullosos de mí y me gustaría sentirme orgulloso de poder ayudar a personas que estuvieron en mi lugar o a lo mejor en uno peor lugar que yo. El día de hoy mi sonrisa es sincera (Omar, 34 años).

Yo estoy pensando no tanto recuperar, sino empezar de nuevo otra vez con la confianza, con la familia, con el trabajo. Nosotros fuimos lo que perdimos, y queremos recuperar todo lo que perdimos, pero recuperar ya no se puede, sino empezar a ganar otra vez por lo que teníamos o tratar de vivir como vivíamos [...] demostrarles a las personas. No vamos a ser perfectos, somos enfermos. Hay que demostrar que ya tenemos un poco de congruencia. Porque en la vida es yo quiero y esto y quiero ganar esto, no recupera (Ismael, 26 años).

El Salir “Afuera”

Aunque conforme pasaba el tiempo la mayoría hablaba con mayor optimismo del salir, también se repitió constantemente que “*la prueba sería afuera*”, pues ahí es donde están presentes las drogas. Aseguraron que resulta sencillo conseguir estas sustancias en la calle, primero porque ya

³⁹ Traspulcar: término de uso coloquial para referirse a una revisión de las pertenencias con el fin de encontrar algo.

saben cómo hacerlo y han crecido rodeados de otros adictos, haciéndoles más fácil identificarlos y relacionarse entre sí. Y segundo, porque en la calle es sencillo conseguir sustancias.

Uno se relaciona más fácil con otros que consumen (Zacarías, 36 años).

Igual tú sabes quién le tira a tu vicio. Los ves y dices esos son guares, cristaleros, piedras. Tú sabes, ya conoces a los de la droga que tú tiras. Tú sabes que a tal hora tú puedes ir a la 4, 5 de la mañana o a las 2 del día y tú los vas hallar. Una esquina o un baldío o una casa (Everardo, 38 años).

Es como se dice el dicho “lente oscuro, marihuano seguro” (Ibrahim, 26 años).

No es difícil conseguir, uno sale a la calle y ya sabe dónde hay. Más que nada sabes por cómo has vivido (Ernesto, 27 años).

La droga se vende en cualquier lado, ya hasta los niños conocen dónde se vende (Alfonso, 20 años).

Comentan que las personas ya les “catalogan” como adictos, usualmente más la sociedad, y un poco menos la familia. También, la mayoría solía aclarar que les importa más la opinión de su familia, y solían evitar consumir drogas como el cristal frente a ésta; aunque tenían menos reserva con otras como la marihuana. Varios dijeron que a veces la familia opta por no detener el consumo, sino por propiciar que estén seguros o que no cometan un crimen para conseguir dinero.

De hecho, la familia ya te tenía catalogado como drogadicto, desmadrosa, más que nada por lo que ya viviste por cómo te conocieron (Guillermo, 15 años).

(La sociedad) es con quienes más pierdes la vergüenza. No te importa lo que te diga la calle. Te vale madres (Ernesto, 27 años).

Mi mamá sabía que yo desde los 15 empecé a drogarme. Una vez ella me dijo que limpió mi cuarto y me dijo –encontré una bolsa con yerba y unos focos–, no te los tire, te los lavé y los puse a un lado. Depende de cada uno, pero la otra vez que vino ella de EU de vacaciones me decía que –ya no te drogues–, y yo le decía –pero mamá me hace falta–, –ah bueno entonces ten–. Y se oye mal porque cómo tu mamá te va a dar para la droga pero te dicen, –mejor ten en lugar de que vayas a hacer una cosa como meterte a robar o irte a vender– (Everardo, 38 años).

Andar en la sociedad es humillarte. En cambio, la familia con tal de no verte humillado mi esposa me ha llegado a dar 15 pesos, porque he estado crudo y todo

mareado, vomitado y tembloroso que no puedo agarrar ni un vaso de agua y es de que agarran y dicen ve por una botella de tonayán. Y es de que te dan para curarte (Zacarías, 36 años).

Finalmente, reiteraron ser personas que atraviesan un problema mental y/o emocional, o con una anormalidad al resto de personas. Por lo cual recurren a las drogas, aunque les pueda resultar adverso.

Yo creo que es una enfermedad mental, porque a veces tenemos un problema y luego nos queremos refugiar en el alcohol o la drogadicción según para sentirnos felices, ya sea si nos va bien o nos va mal (Ernesto, 27 años).

Pues ya está hasta comprobado por la sociedad médica de ginebra, Suiza. Que los drogadictos y los alcohólicos somos hipersensibles, sentimos más que los demás, más que los humanos normales, sentimos más que ellos. Sentimos emociones muy fuertes, sentimos muchas emociones y nos tomamos las cosas muy a pecho, no rencor, pero te sientes escoria (Guillermo, 15 años).

De esta manera, entre los presentes esa sesión, se compartió una intención a la abstinencia de drogas y, generalmente, pretenden alcanzar un estado de bienestar dejando de consumir.

Aclararon que, aunque varios no quieren consumir de nuevo, a la mayoría se le antoja.⁴⁰

Te puedo apostar que si nos traen una bola de cristal todos van a decir que no, pero allá afuera ¿quién va a decir que no? [...] Sigue ahí, sigue ahí esa espinita (Benjamín, 23 años).

No creo, yo sé que me voy a volver a drogar (Ismael, 26 años).

Una cosa es querer y otra cosa es asegurar. Todos estamos propensos (Ernesto, 27 años).

Yo siento, lo siento de verdad. Que voy a aferrarme más a mis hijos. Yo quiero salir y convivir con mis hijos, yo siento que mi padre Dios me va a ayudar y no consumir. 15 años de sobriedad ya perdida (Marcelo, 40 años).

Yo digo que no y sí. Porque tú te sientes mal drogando, aquí. Entre con un año y medio de drogadicción. Voy a salir con cuatro meses sin droga. Voy a intentar, pero los hechos son afuera, es donde lo voy a demostrar. Aquí llegué drogado, aquí me estoy limpiando. La marihuana son 90 días, tomando agua bien se te limpia. La cocaína son 15 días. El cristal es un mes (Everardo, 38 años).

⁴⁰ De los ocho presentes en esa sesión, seis dijeron que tenían el antojo por volver a consumir y dos que querían volver a consumir.

La mayoría identificó en el consumo de cualquier droga, una relación de proclividad en la experimentación/recaída de otra. También, que esta proclividad puede ser de menor o mayor intensidad según la sustancia, pues se mostró más tolerancia con el alcohol⁴¹.

Lo mejor para vivir con tu familia es estar sobrio. En un evento con unas cheves no se puede porque uno es enfermo. Porque con una cerveza luego eso a dónde te lleva, a una droga. Y esa droga te lleva que te alejen de tu familia. Si quiere estar bien con tu familia tienes que estar bien y si quieres estar bien debes estar bien contigo mismo y para eso hay que estar sobrio (Benjamín, 23 años).

El alcohol me gusta por la convivencia que tengo. En el futuro me veo sentado en el patio de mi hermano en una carne asada. Los niños jugando, mi hermana cocinando, yo abrazando a mi esposa platicando, recordando [...] Me gustaba mucho esa convivencia en los domingos que todos los primos nos poníamos borrachos y nos tomábamos fotos y es lo que quiero inculcarles a mis hijos. Esa convivencia de familia. Llegar ya a que mi madre esté vieja decirle de tómese una cervecilla [...] Me gustó que ella me dijera que quiere que yo la cuide (Ismael, 26 años).

Las Soluciones

Así, todos dijeron que veían posible alcanzar una solución. Pero ésta la hallaban en distintas condiciones como: la abstención del consumo, alejarse de antiguas compañías, obteniendo la atención de sus padres, distrayéndose en otras actividades y/o depositando su fe en Dios. Por otra parte, otros encontraban un apoyo fundamental en este Anexo, sea como residentes continuos que apoyan a sus compañeros o cumpliendo con un “medio Anexo”, saliendo a trabajar, pero regresando por la noche a las juntas y a dormir.

La solución es que esté más apegado a mi familia. Mi solución es que mi familia esté unida sin tener que recurrir a estos lados pues. Yo quiero que me entiendan, de hablar con mis papás, pero ellos no me entienden ni me escuchan. Ellos piensan que me drogo porque me gusta. Piensa que esta es la solución, yo la neta le he dicho a muchos de mis compañeros que cuando salga voy hacer lo mismo

⁴¹ De los ochos presentes en esa sesión, siete creyeron que volverían a consumir alcohol, seis marihuana y uno cristal. Dos creyeron que consumir alcohol los podría llevar a la recaída de otras sustancias, pero todos creyeron que “un vicio te llevaba a otro” con cualquier otra droga (excluyendo tabaco).

porque pues no platican conmigo, yo ocupo atención de mis padres, que me entiendan (Alfonso, 20 años).

Yo opino que, para dejarse de drogar no juntarse con sus antiguas amistades, si te da ansiedad buscar un hobby o un entretenimiento para no andar generando ansiedad de lo que sea tu vicio. Ponerte a leer, escribir, buscar un segundo placer. Si antes te drogabas y eso era el primero, cuál era el segundo placer. Yo me alejé un poco del alcohol y eso sí me funcionó. Por ejemplo, si tienes ansiedad de fumarte un cigarro de lo que sea ponerte a hacer ejercicio, no andar pensando nomás piense y piense. Ponerte como aquí a limpiar y trapear y poco a poco. A veces ya el cuerpo lo necesita (Ibrahim, 26 años)

Yo creo que sí, la solución es no estar en un lugar de estos y poner mi vida a la voluntad de Dios. Es la única que yo pensaría. Dios dispone y uno lo pone. La mejor solución es de, que si uno lo quiere lo puede, la solución está en tu vida, en ti (Benjamín, 23 años).

Yo vengo por recuperarme primero yo, todas esas cosas que tenía yo andando en la antigua, loqueando y todo eso, por seguir en la droga. Uno para alejarse de todo eso se debe alejar de las amistades que andan allá afuera. Como dice uno si ve uno que está en esa esquina pues darle la vuelta, no volver a sentarse en las mismas sillas de delantero. Vengo por mi recuperación y recuperar a mi hija y mi pareja también. Pues la orille también que no le hacía caso. A mi madre también la orille yo por no mejor hacerles caso a los amigos. Mejor hacerle caso a ella y que nos compongamos (Roberto, 31 años).

Para mí la solución para dejarme de drogar, para tener una vida mejor está en aquí. Perdí a mi pareja, entonces la solución es estar aquí en el grupo, he intentado poder hacer, no escarmenté en cabeza ajena, no escuché, a mi mamá tampoco, tomé malas decisiones, perdí la oportunidad de un trabajo y salir adelante. No tengo justificación con nadie, el día de hoy tengo unos hijos y también he hecho lo mismo con ellos. Tengo que estar en contra de lo que me gusta, de lo que me hace daño. El día de hoy yo he entendí que me tengo que agarrar de Dios, no me puedo decir que soy católico, que soy no nada, yo hago oraciones, él es el único que me puede ayudar a tomar la mejor decisión y permanecer aquí dentro del grupo. El tiempo que sea necesario. Yo voy a ver mi recuperación (Omar, 34 años).

Llama la atención que entre aquellas metas es habitual una inclinación, usualmente entre algunos de los de mayor edad, por continuar asistiendo a este Anexo y fungir como apoyo y apoyándose de los compañeros.

Yo crecí con mis abuelos hasta los 19 años, empecé a tomar como hasta los 20 y drogarme hasta los 25. Ahorita ya pienso en mejor estar como en una casa de estas, tuve una pareja, la perdí, la familia la estoy perdiendo, no he hecho nada. Ya si llego a tener un cambio va ser aquí solamente, ya a mi edad. Debo pensar más a futuro, depender de mi vida, por eso la voy a dejar. He batallado un chingo allá, la verdad todo lo que me he metido me ha agradado, me he metido desde alcohol, me he inyectado coca, pastillas, piedra, crico y anexo tras anexo ya droga ya es todo, ya estoy aburrido. Ya quiero dejar todo. (Víctor, 35 años).

A lo mejor aquí buscarme una pareja y estar bien, casarme, tener un hijo, una familia. Tengo una hija, pero no la vi crecer, llevarla al kínder. Pero quiero hacer eso, me siento solo, no tengo con quién hablar (Everardo, 38 años).

En contraste con el común estado de motivación, que solía aumentar al pasar los días en la estancia. Ocurrió un caso de un compañero que salió a permiso del padrino, pero afuera tuvo una recaída y le volvieron a internar, perdiendo algunos de los privilegios que había obtenido. A lo que declaró sentirse hartó.

Yo no quería regresar, dentro de mí quise irme fugarme muchas veces de mi realidad, cambiarme de ciudad. No sé, yo le dije al director no quiero, por mí no pagan no hay una firma, por mí no hay un compromiso y no sé qué afán tengan en ayudarme si yo no quiero. Y eso me pone triste, me pone mal. Me quiero yo ir, me quieren ayudar, pero yo no quiero. Para mí sería más fácil estar alcoholizándome pues y estar con mis hijas alcoholizado y drogado porque pues esa es mi vida pues. Ya me cansé de que me señalen y me diga que tengo que hacer [...] Sí es muy triste y traumático el día domingo vienen sus amigos, sus esposas y yo nomás los miro pasar y a la vez me da tristeza, pero también de que yo tengo una oportunidad de salir adelante porque en mí está salir adelante. Pero todo el tiempo he fracasado, yo me siento un fracasado, sabré mucho de la literatura y me estoy metiendo en AA pero soy un fracasado, eso es lo que me duele, que soy un fracasado si volteo para atrás toda mi vida he fracasado (Zacarías, 36 años).

También confesó que tenía ganas de probar otra vía de administración que aprendió durante su estancia, una costumbre común cada que salía de un Anexo y que dice que otros también implementan. Tras calmarse, él también dijo que le parecía más conveniente hacer un medio Anexo, donde saliera a trabajar, pero siguiera asistiendo. Después, aclaró que se encontraba recuperando y perdiendo el ánimo continuamente.

A lo mejor ahorita me siento más tranquilo con usted y a lo mejor al rato otra vez me siento mal, son como momentos cabizbájicos [...] Yo le he dicho a ella (su expareja), que yo solo me quiero morir y ella me dice pues por qué no te ahorcas. Pues me le he aventado a los carros y me aventaron, pero ya sin ganas de vivir o por llamar la atención. La psicóloga del CERESO me dijo que era un desorden emocional y a sí me tocó vivir. Y así va a ser pues, no puedo volver atrás ni cambiar mi futuro, el día de hoy tengo que estar aquí sentado castigado. Hasta el día que yo decida que me voy a alejar de las agrupaciones o de la ciudad, va a ser el día en que voy a poder vivir mi vida como yo quiera. Esto ha sido poco de lo que he vivido y he guardado ocasiones culeras, pero prefiero que se queden enterradas y no salgan a relucir pues porque dañan. Son como huesos quebrados que cuando llega al filo duele, muchas de las veces lo dejo ahí, no tienen que salir. Muchas de las veces quiero recordarlo y es cuando llegan mis sentimientos. Muchas de las emociones que tengo escondidas y nunca las he querido decir y nunca las voy a decir porque quiero que se queden ahí (Zacarías, 36 años).

Capítulo 8

Discusión y Conclusiones: Una Coyuntura de Razones

La información recopilada con esta investigación contrasta con la información expuesta en otros textos disponibles. En estos, se suele exponer que el tratamiento en un Anexo de México, fundamentalmente, consiste en un espacio inoportuno para la atención clínica de personas que enfrentan consumos problemáticos de sustancias psicoactivas (Amezcuca, 11 de agosto de 2020; Camacho, 22 de noviembre de 2020; Garcia, 2015; Garcia y Anderson, 2016; Judd de la Luz, 2019; Montalvo, 5 de abril de 2016). No obstante, coincide con las descripciones generales que se hacen sobre estos establecimientos (Garcia y Anderson, 2016; Garcia, 2015; Marín Navarrete et al., 2013; Medina-Mora et al., 2013; Pulido Rull et al., 2009), solo que se reporta la particularidad de este centro en comparación a otros. También se coincide con las tendencias de uso de servicios públicos y privados (CONADIC, 2019). Por lo que la muestra parece ser convenientemente descriptiva de sí misma.

De esta manera, los residentes exponen opiniones favorables a la experiencia de atención recibida. Igualmente, describiendo condiciones que les hacen sentir motivados y creen que les serán funcionales. Todo ello, contrario a mis primeros supuestos donde se preveía ineficiencia intrínseca a la modalidad de tratamiento en los Anexos. Pero quizá congruente a otras intervenciones donde se propone espacios comunitarios y de agencia (Correa-Urquiza, 2014; RIOD, 2018), al igual que con los reportes de heterogeneidad entre los Anexos disponibles (Marín Navarrete et al., 2013; Medina-Mora et al., 2013; Odgers Ortiz y Olivas Hernández, 2018).

Por lo tanto, los testimonios de los residentes presentan suma semejanza con los hallazgos de otras investigaciones. Por ejemplo, en la distinción de caracteres de consumo como un proceso en el que se desglosa –uso, abuso o dependencia–, pues hablaron de distintos momentos durante su consumo donde existieron diferencias respecto al tipo de vinculación que tuvieron con la sustancia y las consecuencias que considerados relacionadas. También con el agravamiento del consumo como un entretreído de factores personales y del entorno (Lewis, 2018; UNODC, 2020a). Igualmente, con la vinculación del uso de ciertas sustancias psicoactivas y la perpetración de crímenes o conductas violentas (Brochu et al., 2018; García Aurrecoechea, et al, 2017; Rafeaie et al., 2013). Asimismo, con la identificación de una representación social de la persona adicta muy similar a lo que antes se había descrito (Félix Melo y Carneiro Maciel, 2016; Gámez-Medina et al., 2017; McGinty et al., 2015).

No obstante, como se mencionó anteriormente, las opiniones respecto al Anexo de residencia son peculiarmente positivas y de ahí surge el contraste. Los participantes describen el centro en cuestión como un lugar próspero para su rehabilitación donde hace conjunción la percepción del cambio en sí mismos y en las personas, especialmente mostrando mayor interés en aquellas cercanas. Así, en las historias de los participantes se comparten algunos puntos, como dando a entender que proceden de circunstancias similares. Sin embargo, también existen diferencias. Quizá la mayor similitud entre los testimonios es la idea compartida sobre un mismo proceso. Este es referido como uno por el cual atraviesan o son proclives a travesar todos. Es común que los mayores refirieran a los más jóvenes desde una posición de experiencia, también son quienes más participan.

Este proceso es imprescindible de destacar, pues al hablar de éste, los participantes refieren las situaciones que han atravesado y que parecen permitirles identificarse entre ellos mismos. Específicamente en el tiempo de residencia, exponen un estado de optimismo el cual podría ser crucial para la evaluación/elaboración de estrategias de tratamiento. Ya que se dicen convencidos de querer continuar con un proceso de reestructuración en su vida, alejándose de situaciones que perciben adversas como el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Por ello, la investigación planteada en la descripción de lo pasado, lo actual y las expectativas del porvenir permite dilucidar este proceso, producto de las reflexiones de los participantes.

El Alcance de la Investigación y sus Limitaciones

Con esta investigación se busca explorar las opiniones de algunos hombres que residían en un Anexo de Guanajuato; un establecimiento recién abierto con varios reubicados desde otra sede de la misma dirección propietaria. Por lo que eran pocas las personas ingresadas, en comparación con la disponibilidad del espacio y el sobrecupo que suele existir en los Anexos. Estas características se refirieron primordiales en los testimonios compartidos y son significativas en la derivación de las opiniones compiladas.

Se pretendió desarrollar un acercamiento donde no se ejerciera violencia, invadiendo la cotidianeidad de los participantes; asimismo, que los beneficios de la investigación se pudieran compartir entre todos los participantes de este estudio, incluyendo a quien investiga. Pero llevar a la *praxis* una metodología de este tipo no resulta sencillo. En primer lugar, aunque se pretende llegar a un acuerdo en el intercambio de intereses, ellos compartiendo testimonios y yo ofreciendo recursos para espacios de recreación. La iniciativa y las propuestas siempre vinieron primero de mí. Además, conforme avanzó la investigación el acuerdo cambió, pues los residentes

optaron por dar más tiempo a las entrevistas grupales y las individuales, solicitando más espacio para hablar de distintas situaciones personales y refiriéndose a las sesiones como una terapia.

Con precaución para no contradecir la crítica anterior a la hegemonía académica y con el pesar que me resulta hablar de mí como variable de limitación/alcance. Considero necesario reconocermelo como un agente que aprendió y que, por lo tanto, experimentó complicaciones durante el desempeño de la intervención. Me resultó complicado establecer un encuadre de mis propias intenciones y cometí el error de hacer promesas que no podía cumplir, como el regresar para continuar con las entrevistas e intervenciones. Esta parte no afecta de manera directa la recopilación de información durante la investigación, pero sí repercute en los acuerdos y la confianza comprometida.

El intercambio en un inicio no fue horizontal, pues no se construyeron objetivos compartidos con la investigación. Existieron peticiones de ambas partes, pero los participantes siempre mantuvieron una postura servicial. Pudo observarse como costumbre una organización de jerarquías que, aunque menos verticales que lo relatado en otros establecimientos, seguían siendo incompatibles o difícilmente adaptables con la propuesta de vinculación horizontal. Al fin y al cabo, era un espacio previamente organizado con una lógica distinta al *artefacto*.

También como parte de las diferencias subjetivas, pero operantes. El anonimato coloca en una posición distinta a quienes integraron el Anexo frente al papel que desempeñé yo como psicólogo y que, además, figure en la autoría⁴². Aun asumiendo que con las metodologías

⁴² Como parte de la crítica a la hegemonía en la investigación académica, se denuncia que se da menosprecio a la población investigada, así como de su conocimiento, y por tanto, se filtra, tergiversa y/o roba su saber. Esto se da a través de una aproximación no acordada ni horizontal, donde se invita a participar, pero se privilegia a quien investiga con los logros obtenidos. Así, el lucro y/o el reconocimiento se perpetúa en la autoría y se olvida a la población participante, continuando un ciclo (Kaltmeier, 2012).

horizontales no siempre se pretenda cambiar esta costumbre de autoría en la investigación académica, sino reconocerla y situar las conclusiones; la tardanza que tuve para identificar como demanda, y parte del intercambio de interés, el seguimiento psicológico que solicitaron los residentes, condujeron a un cierre precipitado en las sesiones y la saciedad desigual de las partes.

Pues, aunque informé con antelación mi retirada y aclaré que no pretendía hacer entrevistas a profundidad a todos los residentes; ellos quisieron seguir conversando. Mi demanda es saciada cuando determino que se habían saturado los objetivos prediseñados por mí; sin embargo, los residentes solicitaron continuidad y no supe cómo responder a ello. Solo comenté que planeaba regresar después, pero las siguientes visitas fueron informales y no se formularon proyectos futuros.

Fui coherente con mis objetivos respecto a la captura de información, pero falté a dos ejes fundamentales que se postulan en las metodologías horizontales. La honestidad al verme condescendiente hablando de futuros proyectos que me gustaría realizar, sin aclarar que no contaba con la disposición para formularlas próximamente. Y el beneficio desigual, pues anticipo que ellos no se vieron tan satisfechos como yo de ese encuentro, pues ellos quisieron continuar, pero yo no por el momento. Además, aun no comprendo del todo cómo evitar tergiversar sus testimonios sin digerirlos para las instancias académicas con las que me siento más próximo al ser estudiante y nunca haber estado en un Anexo. No me veo en facultades para explicar esta complejidad.

Por ello, considero importante seguir explorando estas propuestas de diálogo. Y debatir las dificultades en la *praxis* que ellos, yo y otras personas experimentamos en la búsqueda de diálogos horizontales y la afectividad que se compromete. Sin embargo, también atribuyo a la

práctica de estas metodologías la oportunidad para profundizar en exploraciones. Creo que era necesario para indagar, pero también que el involucramiento y la forma en que se dio fue un factor que pudo haber afectado las opiniones optimistas que los residentes compartieron. Habrá que indagar más en el fenómeno para identificar con mejor precisión las variables involucradas. Pero de momento, sugiero que merece ser analizada la propuesta de diálogo horizontal e intercambio, no solo para la investigación y captura de información, sino también como estrategia de acompañamiento. Ellos refirieron al espacio como terapias que les resultaban apreciadas.

No se puede garantizar que los resultados expuestos representan un discurso horizontal en el encuentro de instancias distintas, tampoco que el ejercicio político es el correcto. Con estas metodologías se pretende un mestizaje no interpretativo, pero lo que se obtuvo fue una captura de testimonios y una organización unidireccional de ellos. Aun así, es innegable la calidad fructífera de esta información. La descripción optimista que hicieron de este Anexo me lleva a preguntar desde qué visiones se escriben la mayoría de informes donde se les señala como sitios de tortura. No pretendo negar la existencia de lugares donde se desarrollen ambientes adversos, ni las diferencias que las personas usuarias pueden experimentar en relación a variables como el sexo, edad, orientación o identidad sexual. Pero sí que los testimonios aquí expuestos ofrecen material suficiente para que, como academia y sectores sociales que ejercemos poder sobre otros cuerpos, replanteemos principios y no nos quedemos con meros atajos mentales.

El Valor de la Comunidad

Lo que los residentes relatan haber vivido y hecho es distinto, pero es habitual mostrar arrepentimiento o desagrado. Especialmente, una instancia fundamental que se reporta en los testimonios de los participantes es la familia. A esta le asignan diversas facultades sobre el

bienestar de ellos mismos. Por ejemplo, como motivante a su rehabilitación si está presente o apoya, pero también como depresora si se muestra desinteresada o ausente. Comúnmente relatan haber lastimado y, en ocasiones, incluso haber experimentado molestia o poco interés hacia esta; por lo que relacionan sus acciones con consecuencias como el distanciamiento y la pérdida – entendida como un distanciamiento físico y afectivo–. Otras veces, en menor medida, se comenta haber sentido daño por parte de ésta. Pero las emociones dirigidas hacia la familia, usualmente, son de agradecimiento cuando siguen contando o vuelven a contar con sus familiares.

En orden, se habla de los hijos y las hijas como aquellas personas que provocan mayor preocupación e interés para rehabilitarse, después las parejas, las madres, los padres y en ocasiones hermanos/as. Aunque las motivaciones pueden ser muy distintas, pues mientras algunos citan a su familia como su razón de mejora, personas que afirman haber perdido todo optan por una recuperación para sí mismos; dejando de buscar a su familia, parejas o hijos y asegurando que aquellas personas están mejor sin ellos. Esta última parte es un tema controversial, debido a que es llevado incluso a la discusión, donde los argumentos rondan entre si es moral o no recuperar a las personas que perdieron. En general, se coincide en que quienes deben mejorar primero son ellos mismos, pero permanecen algunas posturas distintas sobre los motivos. Aun así, el acompañamiento con otras personas se reconoce como un factor fundamental al distinguirlo de soporte y motivo, así sean los compañeros del centro o amigos y familiares del exterior.

La valía de la familia y de las otras personas en relación con el propio bienestar de los entrevistados, puede cobrar sentido en dos fundamentos varias veces analizados en la psicología. Primero, por el carácter colectivo y de protagonismo familiar en la cultura tradicional mexicana

y en Guanajuato (Díaz-Loving et al., 2015). Pero también en la búsqueda de redes sociales para el apoyo, estrategia recientemente reexplorada en el desarrollo de intervenciones comunitarias (Gracia, 2011). Aunque el origen de la significatividad de las redes con familiares o amistades puede ser materia importante para analizar, de momento solamente se continuará superficialmente describiendo la trascendencia que estos vínculos tienen no solo con el tratamiento de los consumos problemáticos, sino también como variables en el desarrollo de los mismos.

De esta manera, es preciso recuperar que en las experiencias narradas se incluye la vinculación de vivencias o situaciones adversas al desarrollo de los consumos problemáticos que en todos se reportan. Las atribuciones varían, pero es constante la descripción de un proceso. En este identifican distintos momentos o caracteres de consumo, pues se distingue el consumo *per se* de otros momentos de uso que se experimentaron a la par de complicaciones personales y sociales. Aunque la causalidad entre consumo y problema no es específica, sí se relata la interacción de las variables y el agravamiento mutuo. En similitud a las conjeturas de Lewis (2018), pareciera que el ciclo de consumos problemáticos parte primero de condiciones sociales, aunque el fenómeno es retroalimentativo. Pues el inicio en el consumo implica primero accesibilidad a las sustancias y exposición a otros consumos problemáticos, ya que la mayoría relata tener familiares y amistades con experiencias similares.

Como factores agravantes los participantes enuncian circunstancias que les causaron repercusión emocional. Alcanzando estados de desánimo donde si ya mantenían un consumo antes, éste se complica hasta un clímax. En esa cúspide, el uso de cristal es una constante, en concordancia con los informes del alza en el uso de metanfetaminas en la región y destacando la

población joven como principal usuaria (INPRFM et al. 2017; Ochoa, 13 de octubre de 2020; Sánchez, 13 de octubre de 2020; Secretaría de Salud, 2016). Los efectos de estas sustancias son descritos con total semejanza a lo recopilado en manuales internacionales (Naciones Unidas, 2016). Aumento de energía, supresión del hambre y ensoñación, pero igualmente comportamientos erráticos o violentos, insomnio, irritabilidad, alucinaciones y, en casos graves por consumo prolongado, psicosis anfetamínica, depresión y dependencia psicológica; son algunos de los efectos deseados y no deseados que el uso puede provocar en la persona usuaria. Los participantes, al igual que en otras investigaciones, también relacionan su consumo con los comportamientos y consecuencias más severas (Brochu et al., 2018).

Con respaldo en los estudios citados, las conductas delictivas y la violencia son parte de los comentarios. Al momento de la investigación no se ahondó en estos ámbitos, ni se notó intención de profundizar en el tema por parte de los entrevistados, pero en lo relatado se mencionan principalmente delitos para la obtención de ingresos y algunos que incluyen violencia. De igual manera, generalmente atribuyen la perpetración de estos actos al uso de ciertas sustancias como el alcohol, el cristal y otros estimulantes (Brochu et al, 2018; García Aurrecoechea, et al., 2017; Rafeaie et al., 2013).

Pero, si bien es innegable la alteración neuronal y psicológica que el uso de sustancias psicoactivas implica, en las mismas investigaciones se aclara que las consecuencias y los comportamientos de quienes las utilizan no son tan determinantes, o al menos, difícilmente generalizables (Brochu et al., 2018; Danenberg et al., 2013; García Aurrecoechea et al., 2017; Lewis, 2018; Naciones Unidas, 2018; Rafeaie et al., 2013). Así es indicado en organismos como la UNODC (2020a), al referir el entrelazamiento de múltiples factores y condiciones, donde,

aunque no exista una correlación precisamente causal, situaciones de desventaja económica y en el acceso a servicios de salud son factores que favorecen la incidencia en el desarrollo de complicaciones como trastornos de consumo y dependencia; de igual manera, estos factores pueden entrelazarse al desempeño de conductas criminales y violentas (UNODC, 2020b), o por lo menos con la conceptualización que suele hacerse de estas.

Además, de ser ciertas las afirmaciones contra el modelo de enfermedad cerebral (Lewis, 2018), los efectos neuronales y su deterioro podrían no ser una limitante permanente para la reestructuración perseguida por los residentes. Sin embargo, los mecanismos de estigmatización y criminalización derivados de las representaciones sociales (Félix Melo y Carneiro Maciel, 2016; Gámez-Medina et al., 2017; McGinty et al., 2015), sí podrían ser una constante más rígida. La actitud de las personas y la apropiación de atribuciones son descritas como causas de preocupación, pues los residentes hablan de la *espina* que perduraba en las otras personas –como desconfianza– y en ellos mismos –como una permanente ansiedad por consumir–. Aunque en las ciencias existe crítica la conceptualización de enfermedad cerebral, entender la dependencia así, o como un aprendizaje perjudicial (Lewis, 2018) o como un trastorno psicológico (Becoña, 2016), coincide con la percepción de enfermedad que se muestra introyectada en los testimonios.

Pero la constante sensación de amenaza a la recaída, derivada de la dependencia a sustancias psicoactivas, también es explorada en otros marcos. Descentralizar la dependencia de lo cerebral permite redistribuir el trabajo también en las redes de apoyo y *dispositivos socio-comunitarios* que Pablo David Barrenengoa (2019) propone fundamentales para la reinserción social. El autor enuncia que, con la concepción de salud comunitaria, se comprende que las personas son entidades sujetas entre sí. Y la construcción de dinámicas sociales que favorezcan

vías de contención y apoyo, no limitadas al consumo problemático, fortalecen la oportunidad de reestructuración personal, pues implica la reestructuración conjunta con redes cercanas.

Desde esta concepción, el problema no radica esencialmente en la toxicidad de lo que se consume, sino en abandonar cualquier otra forma para recuperar la capacidad de entusiasmo con algo y la carencia de vínculos o redes sociales de contención y apoyo que lo ayuden a recuperarla de otra manera. Lo opuesto a la adicción entonces no sería la sobriedad, sino más bien la presencia de vínculos (Barrenengoa, 2019, p. 25).

La cooperación y participación en comunidades de tratamiento, además sirve como vía de reivindicación y agencia de las personas estigmatizadas. Como sugiere Correa Urquiza, la construcción colaborativa de espacios de este tipo permite que las personas que portan *el malestar* a explorar compartan sus propias conjeturas y testimonios, que desde la investigación hegemónica no se habrían conseguido profundizar.

El Quehacer desde la Psicología

Mientras que en las recomendaciones internacionales puede apreciarse la influencia empírica de diferentes cuerpos de conocimiento, el énfasis y la forma varían dependiendo el carácter del organismo, pues en las Naciones Unidas (2016) se atiende una aplicación digerible en materia de política y en IDPC (2016) se aterriza en política pública; además, igualmente se nota mayor actualización en el consorcio sobre los discursos de debate teórico actual, como es la promoción del debate incluyente. Y aunque en ambas instancias se mantiene cierta coherencia con los enfoques progresistas en investigación/atención, al reconceptualizar a la persona que consume, habría que revisar qué tanto realmente llegan este abordaje profesionalista a la población

que vive de manera directa el consumo, el diagnóstico y/o la coyuntura entre la marginación sistémica y la falta de acceso a la salud y la seguridad pública.

¿Qué impacto ha tenido el debate internacional en las diferentes latitudes de la población?, o quizá antes ¿de dónde viene el debate? Es imprescindible revisar si la población ha comenzado a disponer de mayor acceso a modelos integrales y multidisciplinarios públicos, y si no solo ha sido víctima de presunciones políticas de corte asistencialista y meramente paliativa, por ejemplo. Pues, aunque se han desarrollado tres acuerdos internacionales alusivos a la solución de la problemática por las drogas, aún se repiten pendientes: la falta de cooperación internacional, de compromiso en las políticas públicas y en la evaluación de resultados comparables, también en el seguimiento que se mantiene desde los organismos de diálogo internacional, como son las Naciones Unidas.

Tal vez desde modelos metodológicos como las propuestas desarrolladas para la investigación desde las perspectivas del abordaje descolonial o la fenomenología, se podrá al menos traducir para la academia y la política internacional, el impacto que las políticas actuales y las estrategias desarrolladas en cada país, han tenido en la población atendida; esto desde las declaraciones de las mismas personas protagonistas. Pero los residentes entrevistados ya se encuentran solicitando continuar con las conversaciones. Igualmente, el formato de mesa redonda también es referido importante y apreciado. Todo ello mantiene concordancia con las propuestas de comunidad terapéutica, por lo que se parece indicar que las próximas investigaciones exploratorias en los Anexos, requieren ser además proyectos de intervención de mayor alcance que contemplen las peticiones de atención psicológica.

En coherencia con lo que Stolkiner, Vazquez y Quercetti (2016) señalaron sobre los fenómenos de estigmatización a las personas usuarias de sustancias psicoactivas. La criminalización continua y la exclusión a los residentes en los Anexos, opera en por lo menos dos vías: por ser consumidores y por ser parte de los Anexos. La preconcepción negativa es prioritariamente expuesta en la información disponible, aunque los residentes indican que los Anexos han cambiado de manera considerable con el tiempo.

Pero el conocimiento de estos cambios y las vivencias experimentadas dentro de un Anexo parecen todavía ser de mayor desconocimiento para el acervo científico. Pues aún se cuenta con escasa información disponible, aunque se han sumado algunas publicaciones. Y si bien es imprescindible que, desde la academia y las instancias distantes de los Anexos, se comience con exploraciones que se basen en los principios de acercamiento para ahondar en la visión de las personas inmersas, pues hace falta regresar y replantear de nuevo lo que se ha dejado de atender. Es necesario no seguir repitiendo una revisión superficial que ya no responde y que quizá nunca lo hizo.

Pero también habrá que responder a la demanda ya existente. Es prioridad no imponer la interpretación de las autorías del dogma por sobre las de los participantes (Pérez Daniel y Sartorello, 2012), pues estos últimos son quienes cuentan con la experticia de su experiencia vivencial. Priorizar la visión profesionalita, es mantener una hegemonía que desacredita los saberes disidentes que, aunque ciertos o no, son parte de la realidad que requiere ser discutida.

El mestizaje implica la mezcla de saberes y el campo de la psicología en México está bajo demanda, por lo que requiere desarrollarse. De hecho, según datos de la *ENCODAT 2016-2017*, el 58% de las personas entre 12 y 65 años acudieron con un o una psicóloga a causa del consumo

de drogas, y aunque los datos solo se limitan a la psicología del área de la salud, siguen siendo estos los profesionales a los que más se recurre (INSP et al., 2017).

Con la investigación se pretendió realizar una investigación exploratoria para conocer algunos testimonios de los residentes en un Anexo para hombres, a fin de identificar las condiciones bajo las cuales se vive en un Anexo en carácter de consumidor o adicto de sustancias; su historia, sus experiencias como usuarios en este u otros centros, sus opiniones sobre el tratamiento que reciben en el centro actual y las expectativas de rehabilitación de acuerdo con los factores que perciben en el proceso de atención. Pero además sirvió para comprender que las personas residentes solicitan acompañamiento psicológico. En general, la investigación permitió identificar vacíos y fortalezas en el sistema de salud, pero también para hallar oportunidades de trabajo en colaboración a la organización autónoma –los Anexos– que la población civil agencia.

Los Servicios de Tratamiento y la Función de los Anexos

A parte de los Anexos, la gran mayoría de participantes no manifiesta tener familiaridad con otros servicios de atención al consumo problemático o la dependencia de sustancias psicoactivas. Nadie dice conocer los CAPA y solo tres de las 24 personas entrevistadas comenta conocer los CIJ. De quienes era su primer Anexo, refirieron este como el primer sitio donde han recibido atención y tratamiento al consumo de sustancias. Quienes llevan más de uno, dicen que su experiencia se compone principalmente de otros Anexos.

El hecho de que la mayoría solo refiriera a los Anexos, coincide con la vasta cantidad de establecimientos de este carácter que existen a lo largo del país y que cubren fundamentalmente la demanda (CONADIC, 2019). También parece indicar que quienes asisten a los Anexos,

permanecen en los Anexos. Es necesario hacer énfasis en que, aun con la existencia de instituciones públicas, pocos de los entrevistados dijeron conocerlas.

Un fenómeno similar ha sido estudiado en el campo del acceso a la escolaridad de nivel superior en el país. Como análisis sociológico, Manuel Gil Antón (2008), teoriza que ante la falta de eficacia en los mecanismos que lleven a el estudiantado del nivel medio superior al nivel superior, se provocó el surgimiento de una vasta cantidad de instituciones de carácter privado, pero asequibles, que absorben la demanda de todas aquellas personas que no consiguen acceder a las instituciones públicas o a las instituciones privadas élites del país. El autor argumenta que, en estas instituciones de absorción a la demanda, se suele carecer de los estándares de calidad que en otras instituciones de prestigio se presume. También, que la población que solo accede a estas instituciones privadas y asequibles, usualmente, *“no tiene acceso ni económico ni imaginario a las instituciones donde asisten a estudiar las elites cada vez más pequeñas, pero poderosas, de un país quebrado por la desigualdad”* (p. 118).

En el *Informe sobre la Situación del Consumo de Drogas en México y su Atención Integral 2019*, se comienza por ofrecer un encuadre donde se expone la situación de desigualdad económica y de acceso que enfrenta la mayor parte de la población en el país. Extrapolando el planteamiento de Gil Antón, sobre la barrera en el acceso a la educación, a la situación del sistema de salud mexicano –no solo en el ingreso a los servicios, sino también desde el conocimiento de que estos existen o son posibles–; se puede deducir, que las personas que residen en los Anexos también pueden proceder de sectores que enfrentan desventajas estructurales que complican el acceso a la información, el acceso a instituciones de calidad y de prestigio, y la idea de poder asistir a estos servicios de atención.

Por otra parte, de quienes sí conocieron los CIJ, ninguno continuó su tratamiento.

Dejaron de asistir por diferentes motivos, pero, en conclusión, decidieron dejar de asistir. En todos los casos se describe una modalidad ambulatoria, donde la desintoxicación no es prioritaria y no se maneja la residencia, mucho menos de manera involuntaria.

Habría que seguir discutiendo cómo conseguir mayor efectividad de tratamiento, siempre manteniendo una postura de respeto a los derechos humanos. Tal vez para ello, sea necesario extender/fortalecer los mecanismos de atención primaria y la atracción de la población objeto, de tal manera, que quizá la carencia de un servicio de cobertura amplia y accesible es lo que ha significado una falta de efectividad. Incluso las estrategias para la reducción de daños no son viables si no se cuenta con un sistema de salud amplio y accesible para la población (Tizoc-Marquez et al., 2017).

Respecto a otros Anexos, se comenta que ha mejorado la calidad de los servicios. Aquellos de los cuales se escuchaban relatos de tortura, han disminuido. Y actualmente se suele contar con supervisión médica y psicológica periódicamente, aunque el abastecimiento es limitado en comparación al número de residentes promedio. Sin embargo, persiste la heterogeneidad, pues no se niega la existencia de los Anexos donde se ejecutan diversas violencias físicas, de reclusión y engaño y, por tanto, serias faltas a los derechos humanos. También, el modelo de atención empleado en los Anexos tiende a concentrarse en una cohorte evangélica y espiritual. Sin desestimar los efectos convenientes que un enfoque de este tipo y la fe profesada por la mayor parte de los residentes pueda producir; lo cierto es que los modelos más recomendados y respaldados por evidencias científicas, todavía no suelen ser empleados de igual manera en estos establecimientos.

Además, instancias como la UNODC indican que los servicios de atención y tratamiento en el ámbito del consumo problemático, suelen estar contruidos para un público de hombres. Michelle Judd de la Luz (2019), no solamente señala actos de violencia dentro del Anexo mixto que visitó, sino también un carácter desigual entre los sexos, donde las mujeres son explotadas por su cuerpo, muchas veces de manera sexual. Y denuncias similares se han dado (Galaviz, 2015), por lo que, como señal de que el progreso es desigual, el aparente cambio que en éste u otros Anexos pueda tenerse, es probable que primero se vea reflejado en la opinión de los hombres.

Entre los participantes, la mayoría solo relata ventajas en el cambio general que han tenido los Anexos y en la particularidad del actual. Dicen que otros Anexos, en varios aspectos, no son muy diferentes a este, pero sustancialmente reconocen mayores beneficios en el actual. El número reducido de personas, el amplio espacio y la disponibilidad de recursos son considerablemente convenientes, además, las relaciones desarrolladas con los compañeros, las autoridades y el padrino fomentan un clima de optimismo. Sus comentarios comúnmente se inclinan a un sentimiento de mejora, y agradecen a este Anexo, a sus integrantes y a sus familiares y amigos.

Tomando en cuenta la prosperidad referida en este Anexo, la estrategia de la secretaría de salud para la regulación parece adecuada, en cuanto al no cierre prematuro de estos centros. El titular de la CONADIC dijo que se fortalecería a las instituciones públicas para que en una ley de oferta y demanda la población se decida por las instancias gubernamentales, anunciando que en estas se ofrece una práctica profesional (Camacho, 22 de noviembre de 2020). Pero no se va poder abastecer rápido la demanda que los Anexos cubren, seguramente ni siquiera se cuenta con

los recursos materiales y humanos para hacerlo. La regulación de los Anexos se instala como un operativo de control, pero no de soporte o respaldo, pues, aunque la deuda es del estado, se deja de nuevo en quienes dirigen los Anexos resolver la demanda mientras puedan hacerlo.

Como se precisó antes, los Anexos han sido uno de los servicios de atención al consumo de drogas más demandados y no hay datos precisos sobre el número de personas usuarias. Una de las causas de esta tendencia podría encontrarse en que, ante este panorama de violencia y guerra, los Anexos podrían cumplir con funciones que exceden el objetivo evidente de atención a la dependencia de drogas. Por ejemplo, pueden servir como ubicaciones que alejen a las y los consumidores de los factores de riesgo a los cuales se exponen en su ambiente cotidiano (García, 2015; García y Anderson, 2016; Zamudio, 2010).

Otra función puede ser la construcción de redes sociales. Estos centros son espacios autogestivos, pues surgen de la sociedad civil y son comúnmente dirigidos por antiguos residentes de otros Anexos (García y Anderson, 2016). En el caso del Anexo explorado, el padrino asigna el cargo de servidores a algunos residentes por su buena conducta y progreso. Y aunque ante las jerarquías y privilegios existen algunas quejas entre los residentes, el particular ambiente en el lugar fue descrito como un espacio de soporte que llega a ser comparado con una familia. A la comunidad en este Anexo, se atribuye el optimismo para la rehabilitación.

Sin embargo, la creación de estos establecimientos no es ajena al mercado de oferta y demanda de servicios (Camacho, 22 de noviembre de 2020; García y Anderson, 2016). Su operatividad, que pudo haber surgido desde la iniciativa privada, ha sido ignorada, incluso en la época de la que los residentes narran las peores situaciones de tortura. Tal vez no solo por su *clandestinidad y complicidad* (Judd de la Luz, 2019), sino también por su función como

absorción a la demanda, los Anexos operaron y siguen operando en mayoría, pues cubren la responsabilidad del estado.

La *clandestinidad* característica de estos sitios, elegida o no, les coloca de igual manera en una posición de refugio para quienes tiene problemas con la ley (Judd de la Luz, 2019). El anonimato permite la complicidad con crímenes, por eso algunos Anexos han sido utilizados como fachada y han servido para la operación de grupos del crimen organizado (Camacho, 22 de noviembre de 2020). Aunque también podría tratarse de personas que pretenden rehabilitarse, y por su condición de fugitivas, prefieren alejarse de la visibilidad de un centro público; estas circunstancias parecen haber sido habituales en la población usuaria del Anexo visitado.

Empero, la clandestinidad implica vulnerabilidad, como es caso de la masacre en el Anexo de Irapuato, del cual los ex residentes también refirieron se trataba de uno particular donde no había golpes y los trataban bien (Ortiz, 6 de julio de 2020). El atentado ocurrió un año después de la investigación y provocó una serie de movilizaciones, las cuales se sumaron a otras previas al ataque del 1° de julio, pues en la ciudad ya habían ocurrido otros tres atentados desde finales del año anterior (Domínguez 23 de julio de 2020). En estas movilizaciones se exigía la visibilización, regularización y protección de los establecimientos y de sus residentes (Fuentes, 8 de junio de 2020). Inclusive, nuevas protestas posteriores surgieron ante la insatisfacción por la ronda de múltiples cierres de Anexos en el estado de Guanajuato que ocurrió tras la masacre (Ramblas, 19 de agosto de 2020). De hecho, esta ronda de cierres alcanzó al Anexo donde se prestó la participación, instalaciones y tiempo para esta investigación.

Comentarios Finales

Al parecer, cuando se reconceptualiza el consumo perjudicial, la dependencia y las problemáticas derivadas como un problema complejo y entrelazado, se ha venido reflexionando con cierta obviedad la conjunción en lo mental y/o en lo orgánico, con el contexto circundante cercano, lejano y a distinta escala. Pero, además, como una situación que se diferencia significativamente según la transversalidad de las características asociadas al acceso de servicios de atención o con desventajas sociales. Ahí, puede que el abordaje integral en realidad difiera de un caso a otro, pues el acceso real no es el mismo y las variables pendientes a integrar son distintas. Por ello, las necesidades y las barreras a cruzar dependen de la interseccionalidad.

Suponer que un mero modelo centrado en la disminución del consumo problemático, es suficiente para responder a la complejidad que implica la situación actual sobre las drogas, es reducir la problemática a una situación individualista, donde el problema radica en la persona que consume. Tal vez en regiones donde las problemáticas por las drogas son principalmente identificadas en el consumo, es entendible desarrollar esta perspectiva donde suprimir el consumo problemático es el principal objetivo; pero donde las personas viven cercanas a la producción ilegal, el tráfico y la violencia, hace de esto un componente entrelazado al proceso particular que se atraviesa. No se trata solo de problemas individuales que dirigen al consumo y que son tratables, sino que, aun suprimiendo el consumo problemático local, se mantienen aquellas consecuencias que implica el sistema de mercado del tráfico de drogas. Dejar de consumir problemáticamente, no suprime la violencia del tráfico, aun si se produjera para uso personal, no se escapa de la competencia por plazas en el mercado de drogas. Pedirle a la persona que se aleje de los espacios de consumo, no le exime de haber entablado relaciones con

el tráfico de drogas, pues en la región el tráfico es un elemento protagonista de una amalgama del orden social.

El llamado no es a disminuir los esfuerzos por desarrollar estrategias de tratamiento y atención a las personas que presentan abusos de sustancias, sino, a reiterar la urgencia de que no serán evidentes los progresos mientras persista el panorama de violencia y guerra que se entreteje al con el abuso de sustancias. Por ejemplo, mientras persista una mayoría que además de presentar dependencia, busca refugio y quizá escondite, no se acudirán a los centros de gobierno, pues el anonimato que primero fue impuesto ahora es costumbre y herramienta de supervivencia.

En estos momentos es imprescindible realizar investigación profunda y bidireccional en los Anexos, pues desde los informes oficiales gubernamentales, así como desde el conocimiento profesionalita, se tiene muy poca información. Si se prioriza una investigación cercana, más íntima, quedará más claro qué información es la que se debe capturar al realizar informes oficiales y qué variables son las que se deben analizar para desarrollar teoría y, por lo tanto, estrategias. Desde los Anexos se solicita apoyo, si bien no es correcto generalizar, en los testimonios aquí expuestos se desborda una necesidad de ayuda.

La autocrítica es una tarea a seguir trabajando. Desde la psicología y otras disciplinas de atención a los consumos problemáticos, se ha propuesto el abordaje con modelos que prioricen el bienestar, no porque ya se hayan conseguido las estrategias más adecuadas, sino porque se reconoce lo complejo y la tarea a seguir desenmarañando.

El concepto reducción de riesgos ha sido cuestionado, incluso por mí, en la medida en que las propuestas dominantes piensan tanto el riesgo como la reducción del

mismo en términos de responsabilidad individual e intencional, dejando de lado las condiciones estructurales que están operando no solo a nivel del contexto sino del mismo sujeto. Pero el hecho de que haya sido utilizado así, sobre todo por el sector salud, no impide que nosotros lo usemos a partir de una perspectiva que incluya centralmente los aspectos estructurales y los actores sociales, sin eliminar –obviamente– sus responsabilidades en las consecuencias generadas (Menéndez, 2012, p.14).

La existencia de los Anexos es una comodidad para el estado, pues estos atienden la demanda que desde el gobierno no se cubre. No es una demanda que consiste solo en librarse de un enorme número de personas, también es librarse de atender a quienes consumen cristal, pues de personas que refieren el cristal como droga de impacto se llenan los Anexos. En cambio, en las instituciones gubernamentales y adscritas, son drogas como la mariguana las más referidas. Entonces, a los Anexos accede, o se orilla, a quienes consumen cristal, a quienes huyen de la violencia, a quienes huyen del narco y a quienes enfrentan barreras en el acceso de servicios públicos.

Resulta evidente que en los Anexos rara vez se cuente con los estándares de calidad acordados en relación con las recomendaciones internacionales. Pues estas son dirigidas a las naciones y es un sector privado, pero no enriquecido, el que gestiona las modalidades de tratamiento, recursos y convenios con otros centros. También tiene que ser las mismas personas directivas quienes asistan a su acreditación, pues la respuesta gubernamental ha solido estar ausente.

A pesar de las vicisitudes, los Anexos son ampliamente heterogéneos, *pero la tendencia parece ser hacia una mayor estabilidad y, por consiguiente, a la conformación de modelos de*

atención mejor definidos, como producto de una mayor experiencia acumulada (Odgers Ortiz, 2018, p. 309). De hecho, las reflexiones de los participantes no son muy distintas a los hallazgos empíricos. Cabe preguntarse si esta concordancia es consecuencia directa de sus reflexiones o si proviene en parte de la exposición a las discusiones contemporáneas. Seguramente es producto de un entretreído, aunque al fin y al cabo las investigaciones tienden a acudir a la población usuaria –experta en sí misma–.

Finalmente, ante la desbordante petición de apoyo psicológico y la deuda en salud pública, parece ser apropiado comenzar desde el acercamiento a lo que piensan y sienten las personas internas en un Anexo, pues sus reflexiones son producto de su agencia. Ellas son, finalmente, quienes cuentan con la experiencia directa; son las personas más adecuadas para explicar las razones que las llevaron ahí, si eligieron entrar por su voluntad; cómo es habitar/se en/el Anexo y qué expectativas tienen del futuro.

Por ello, la invitación a la comunidad científica es al desarrollo de proyectos de intervención en colaboración con las personas en los Anexos, pues se anticipa que la población seguirá ahí por más tiempo. Y son solicitadas intervenciones locales, que deberán ser adecuadas a la realidad próxima.

Lista de referencias

- Ahern, J., Stuber, J. y Galea, S. (2007). Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend*, 88, 188–19. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2006.10.014>
- Álvaro Lefio, L., Villarroel, S. R., Rebolledo, C., Zamorano, P. y Rivas, K. (2013). Intervenciones eficaces en consumo problemático de alcohol y otras drogas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 34(4), 257–66.
- Amezcuca, M. (11 de agosto de 2020). Saltaron de una azotea para escapar de la tortura en un anexo. *El Universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/estados/saltaron-de-una-azotea-para-escapar-de-la-tortura-en-un-anexo-solo-mitzy-sobrevivio>
- Angel, A. (3 de julio de 2020). Camino perdido: las víctimas, fallas y omisiones detrás de la segunda mayor masacre del sexenio. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/2020/07/victimas-fallas-ataque-anexo-irapuato-masacre-muertos/>
- Angel, A. (21 de julio de 2020). Nuevo récord de violencia: primer semestre de 2020 dejó 17 mil 982 asesinatos; violencia subió en 11 estados. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/2020/07/record-violencia-semester-2020-asesinatos/>
- Angel, A. (15 de septiembre de 2020). En los estados más violentos se esclarece un crimen por cada 12 nuevos que se cometen. *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/2020/09/estados-mas-violentos-nuevos-delitos-impunidad/7>
- Asesinatos y feminicidios han aumentado en 17 estados de enero a julio. (20 de agosto de 2020). *Animal Político*. <https://www.animalpolitico.com/2020/08/homicidios-feminicidios-aumentaron-17-estados-enero-julio/>
- Asociación Estadounidense de Psicología. (marzo de 2017). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. American Psychological Association, Recuperado el 15 de junio de 2019 de <https://www.apa.org/ethics/code>
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (5ª ed.). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Ávila Romero, A. (2012). Constelaciones de saberes: territorios de horizontalidad. En M. Pérez Daniel y S. Sartorello (Ed.), *Horizontalidad, diálogo y reciprocidad en los métodos de investigación social y cultural* (pp. 159–168). México: CENEJUS/UNACH/UASLP/COCyTECH/Educación para las Ciencias en Chiapas, AC.
- Balderas, O. (13 de febrero de 2019). El feminicidio por “pertenencia del enemigo” hace metástasis por el país. *¡Basta!* <https://revistabasta.com.mx/index.php/el-feminicidio-por-pertenencia-del-enemigo-hace-metastasis-por-el-pais/>
- Barrenengoa, P. D. (2019). *Consumos problemáticos juveniles, trayectorias y subjetividades* (tesis de doctorado). Universidad Nacional de la Plata, La Plata, Argentina.

- Becoña, E. (2016). La adicción “no” es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 37 (2), 118–125. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=778/77846055004>
- Bedi, G., Cecchi, G. A., Slezak, D. F., Carillo, F., Sigman M. y de Wit, H. (2014). A Window into the Intoxicated Mind? Speech as an Index of Psychoactive Drug Effects. *Neuropsychopharmacology*, 39, 2340–2348. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.80>
- Bosque-Prous, M. y Brugal, M. T. (2016). Intervenciones de reducción de daños en usuarios de drogas: situación actual y recomendaciones. *Gaceta Sanitaria*, 30(1), 99–105. <http://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.04.020>
- Brochu, S., Brunelle, N. y Plourde, C. (2018). *Drugs and Crime: A Complex Relationship*. Canada: University of Ottawa Press.
- Cafferky, B. M., Mendez, M., Anderson, J. R. y Stith, S. M. (2018). Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychology of Violence*, 38(1), 110–131.
- Camacho, F. (22 de noviembre de 2020). Reconoce Zabicky falta de control oficial sobre 'anexos'. *La jornada*. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/sociedad/2020/11/22/reconoce-zabicky-falta-de-control-oficial-sobre-anexos-8138.html>
- Centros de Integración Juvenil. (11 de noviembre de 2020). *Directorio de centros de integración juvenil en la república mexicana*. Gobierno de México. Recuperado el 3 de diciembre de 2020 de <http://www.cij.gob.mx/redatencion/Redatencionl.html>
- Colegio Psicólogos Zona Atlántica [COLEGIO PSICOLOGOS ZONA ATLANTICA]. (30 de marzo de 2014). *Dra. Alicia Stolkiner- Consumo Problematico de Sustancias* [Video]. Youtube. https://www.youtube.com/watch?v=BHumepU3hgyab_channel=COLEGIOPSIKOLOGOSZONAATLANTICA
- Comisión Global de Políticas de Drogas. (2019). *La clasificación de sustancias psicoactivas. Cuando se dejó atrás a la ciencia. Informe de 2019* https://www.globalcommissionondrugs.org/wp-content/uploads/2019/06/2019Report_ESP_web.pdf
- Comisión Nacional Contra las Adicciones. (2019). *Informe sobre la situación del consumo de drogas en México y su atención integral 2019*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/477564/Informe_sobre_la_situacion_de_las_drogas_en_Mexico.pdf?utm_source=Drom%C3%B3manos+Newsletter&utm_campaign=5810baa060-EMAIL_CAMPAIGN_2020_05_07_08_13_COPY_01&utm_medium=email&utm_term=0_1754eb135-5810baa060-53096605
- Comisión Nacional de Formación Asociación Proyecto Hombre. (2015). *Proyecto hombre: el modelo bio-psico-social en el abordaje de las adicciones como marco teórico (MBPS)*. <http://proyctohombre.es/wp-content/uploads/2011/11/MBPS-EN-EL-ABORDAJE-DE-LASADICCIONES-APH.pdf>
- Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019a). *Informe especial de la comisión nacional de los derechos humanos sobre los centros de tratamiento interno para adolescentes que infringen la ley penal de la república mexicana*.

<https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-05/ADOLESCENTES-INFORME-ESPECIAL-2019.pdf>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos. (2019b). *Un modelo de atención y tratamiento para las personas con farmacodependencia en prisión.*

<https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/documentos/2019-04/Tratamiento-Farmacodependencia-Prision.pdf>

CONADIC: Se debe cambiar la Ley General de Salud y recuperar una visión integral en salud mental. (28 de julio de 2020). DIS-CAPACIDAD. Recuperado el 28 de noviembre de 2020 de <https://dis-capacidad.com/2020/07/28/conadic-se-debe-cambiar-la-ley-general-de-salud-y-recuperar-una-vision-integral-en-salud-mental/>

Consortio Internacional sobre Políticas de Drogas. (2016). *¿Y ahora qué? Opciones después de la UNGASS para 2019/2020.* <https://idpc.net/es/publications/2016/12/idpc-que-sigue-opciones-para-2019-2020-despues-de-la-ungass>

Corona Berkin, S. (2012). La intervención como artefacto de investigación horizontal. En M. Pérez Daniel y S. Sartorello (Ed.), *Horizontalidad, diálogo y reciprocidad en los métodos de investigación social y cultural* (pp. 35-44). México: CENEJUS/UNACH/UASLP/COCYTECH/Educación para las Ciencias en Chiapas, AC.

Correa-Urquiza, M. (2014). La irrupción posible del saber profano: Hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental. *Temps de Educació*, 47, 63-75.

<https://www.researchgate.net/publication/275347251> La irrupción posible del saber profano Hacia una construcción colectiva del conocimiento en salud mental

Cúmulo de pruebas contra García Luna. (2 de junio de 2020). *La Jornada.*

<https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/06/02/cumulo-de-pruebas-contra-garcia-luna-7251.html>

Daich, D. (2012). ¿Abolicionismo o reglamentarismo? Aportes de la antropología feminista para el debate local sobre la prostitución. *RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre*, 33(1), 71–84. <https://doi.org/10.34096/runa.v33i1.340>

Danenberg, E., Sorge, L. A., Wieniawski, W., Elliott, S., Amato, L. y Scholten, W. K. (2013). Modernizing methodology for the WHO assessment of substances for the international drug control conventions. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(3), p. 175–181. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2013.02.032>

Diario Oficial de la Federación. (20 de agosto de 2009). *DECRETO por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud, del Código Penal Federal y del Código Federal de Procedimientos Penales.* México: Secretaría de Salud.

Diario Oficial de la Federación. (15 de septiembre de 2009). *Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-1999 para la prevención, tratamiento y control de las adicciones.* México: Secretaría de Salud.

Díaz-Loving, R., Saldívar, A., Armenta-Hurtarte, C., Reyes, N. E., López, F., Moreno, M., Romero, A., Hernández, J. E., Domínguez, M., Cruz, C. y Correa, F. E. (2015). *Creencias y Normas en*

- México: Una Actualización del Estudio de las Premisas Psico-Socio-Culturales. *Psyche* (Santiago), 24(2), 1–25. <https://dx.doi.org/10.7764/psyche.24.2.880>
- Domínguez, E. (23 de julio de 2020). Anexos en Irapuato: entre el peligro y la clandestinidad. *POPlab*. <https://poplab.mx/article/AnexosenIrapuatoentreelpeligroylaclandestinidad>
- Domínguez, E. (22 de septiembre de 2019). Guanajuato, "en el paraíso": sin fosas clandestinas, casos de restos óseos ni comisión de búsqueda. *POPlab*. <https://poplab.mx/article/Guanajuatoenelparaisosinfosasclandestinascasosderestososeosnicomisiondebusqueda>
- Escohotado, A. (2000). *Historia elemental de las drogas*. Barcelona: Anagrama
- Espinosa, V. (22 de noviembre de 2020). Coordinación solo de palabra: estado y federación fallan y Guanajuato rompe marcas de violencia e impunidad. *POPlab*. <https://poplab.mx/article/CoordinacionsolodepalabraestadoyfederacionfallanyGuanajuatorompemarcasdeviolenciaeimpunidad>
- Félix Melo, J. R. y Carneiro Maciel, S. (2016). Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 76–87. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703000882014>
- Fiestas, F. y Poce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 29(1), 12–20. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2012.291.303>
- Fuentes, R. (8 de junio de 2020). Exigen regularización de los anexos ‘patitos’ en Irapuato. *Publimetro*. Recuperado de <https://www.publimetro.com.mx/mx/guanajuato/2020/06/08/exigen-regularizacion-anexos-patitos-irapuato.html>
- Fundación EDE. (2011). *Un acercamiento a los procesos de inserción sociolaboral de personas extoxicómanas 2011*. Vizcaya: Departamento de Empleo y Asuntos Sociales Gobierno Vasco. <http://www.fundacionede.org/ca/archivos/investigacion-social/23-Procesos-insercion-sociolaboral-personas-extoxicomanas.pdf>
- Galaviz Granados, G. (2015). Mujeres, adicción y rehabilitación: Reflexiones desde la frontera noroeste de México. *Salud Colectiva*, 11(3), 367–379. <https://dx.doi.org/10.18294/sc.2015.722>
- Gámez-Medina, M. E., Ahumada-Cortez, J. G. y Valdez-Montero, C. (2017). Las representaciones sociales del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. *Ra Ximhai*, 13(2), 25–37. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510002.pdf>
- García del Castillo, J. A., García del Castillo-López, A., Gázquez Pertusa M. y Marzo Campos, J. C. (2013). La inteligencia emocional como estrategia de prevención de las adicciones. *Health and Addictions*, 13(2), 89–97. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=839/83929573001>
- García Fernández, G., García Rodríguez, O. y Secades Villa, R. (2011). Neuropsicología y adicción a drogas. *Papeles del psicólogo*, 32(2), 159–165. <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1950.pdf>

- García, A. (2015). Serenity: Violence and inequality on the edge of Mexico City. *Medical Anthropology Quarterly*, 2(4), 455–472. <https://doi.org/10.1111/maq.12208>
- García, A. y Anderson, B. (2016). Violence, addiction, recovery: An anthropological study of Mexico's anexos. *Transcultural Psychiatry*, 53(4), 445–46. <https://doi.org/10.1177%2F1363461516662539>
- Gil-Antón, M. (2008). Los Académicos en instituciones privadas que captan demanda. Una aproximación a otros actores hoy en la sombra. *Revista de la Educación Superior*, 32(145), 115–121. https://www.researchgate.net/publication/41091529_Los_Academicos_en_instituciones_privadas_que_captan_demanda_Una_aproximacion_a_otros_actores_hoy_en_la_sombra
- Gobierno del Estado de Guanajuato. (27 de noviembre de 2019). *Firman acuerdo para la prevención de adicciones*. Recuperado el 17 de noviembre de 2020 de <https://boletines.guanajuato.gob.mx/2019/11/27/firman-acuerdo-para-la-prevencion-de-adicciones/>
- Goldstein, P. J. (1985). The drug/violence nexus: Tripartite conceptual framework. *Journal of Drug Issues*, 15(4), 493–506. <https://doi.org/10.1177/002204268501500406>
- González Vargas, M. (19 de noviembre de 2020). Senado en México aprobó la regulación y despenalización del uso lúdico de la marihuana en todo el país. *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/11/19/senado-en-mexico-aprobo-en-lo-general-la-regulacion-y-despenalizacion-del-uso-ludico-de-la-marihuana-en-todo-el-pais/>
- Gracia, E. (2011). Apoyo social e intervención social y comunitaria. En I. Fernández, J. F. Morales y F. Molero (Coords.), *Psicología de la intervención comunitaria*. Bilbao: Desclée De Brower.
- Gutiérrez, M. y Romero, I. (2014). Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *Anales de Psicología*, 30(2) 608–619. <https://doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131>
- Harm Reduction International. (2018). *What is harm reduction?* <https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>.
- Hart, C. (2017). Viewing addiction as a brain disease promotes social injustice. *Nat Hum Behav* 1, 0055. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0055>
- Hernández López, T., Roldán Fernández, J., Jiménez Frutos, A., Mora Rodríguez, C., Escarpa Sánchez-Garnica, D. y Pérez Álvarez, M. T. (2009). La Edad de Inicio en el Consumo de Drogas, un Indicador de consumo problemático. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 199–212. <https://doi.org/10.5093/in2009v18n3a2>
- Institute for Economics & Peace. (2020) *Índice de Paz México 2020*. <https://static1.squarespace.com/static/5eaa390ddf0dcb548e9dd5da/t/5eb16bec8506ae2eba951b1d/1588686074573/ESP+MPI+2020+%28web%292.pdf>
- Instituto Mexicano de la Juventud. (2018). *¿Conoce las diferencias entre Uso, Abuso y Dependencia de Sustancias Psicoactivas?* Gobierno de México <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/conoce-las-diferencias-entre-uso-abuso-y-dependencia-de-sustancias-psicoactivas>

- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2017). *Estadísticas sobre el sistema penitenciario estatal en México. Documentos de análisis y estadísticas. 2017.*
http://www.cdeunodc.inegi.org.mx/unodc/wp-content/uploads/2018/01/en_numeros2.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2019). *Encuesta Nacional de Victimización y Percepción Sobre Seguridad Pública (ENVIPE) 2019.*
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/envipe/2019/doc/envipe2019_presentacion_nacional.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2020). *Estadísticas a propósito del día internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico de drogas (26 de junio).*
<https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2020/LUCHAVSDROGAS20.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (29 de octubre de 2020). Mortalidad. Conjunto de datos: Defunciones por homicidios. Recuperado el día 4 de noviembre de 2020 de
https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/continuas/mortalidad/defuncioneshom.aspx?s=estyc=28820yproy=mortgral_dh
- Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones y Secretaría de Salud. (2017). Encuesta nacional de consumo de drogas, alcohol y tabaco 2016-2017: Reporte de drogas.
http://INPRFM.gob.mx/psicosociales/archivos/ena/ENCODAT_DROGAS_2016-2017.pdf
- International Drug Policy Consortium. (2016). *¿Y ahora qué? Opciones después de la UNGASS para 2019/2020.* http://fileserv.idpc.net/library/Post-UNGASS-Advocacy-Note_SPANISH_FINAL.pdf
- Jones, D. y Cunial, S. L (2020). Los vínculos afectivos en la adherencia a tratamientos por VIH y por consumos problemáticos de drogas. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(5).
<https://doi.org/10.1590/0102-311X00035919>
- Judd de la Luz, M. (2019). *Enfermas sin cura: una mirada sociológica de la experiencia femenina en un anexo* (tesis de licenciatura). Universidad Autónoma de México, Ciudad de México, México.
- Kaltmeier, O. (2012). Campo académico y descolonización de las metodologías. Elementos para un análisis de constelaciones en el proceso de investigación. En M. Pérez Daniel y S. Sartorello (Ed.), *Horizontalidad, diálogo y reciprocidad en los métodos de investigación social y cultural* (pp. 55–68). México: CENEJUS/UNACH/UASLP/COCyTECH/Educación para las Ciencias en Chiapas, AC.
- King, G., Keohane, R. O., Verba, S., y Cuéllar Menezo, J. (2000). *El diseño de la investigación social: La inferencia científica en los estudios cualitativos.* (Trad. J. Cuéllar Menezo). Alianza.
- Kulesza, M., Watkins, K. E., Ober, A. J., Osilla, K. C. y Ewing, B. (2017). Internalized stigma as an independent risk factor for substance use problems among primary care patients: Rationale and preliminary support. *Drug and Alcohol Dependence*, 180, 52–55.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.08.002>

- Kulikowski, J. y Linder, E. (2019). Programas de reducción de daños para usuarios de drogas inyectables. *Nursing*. <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/programas-de-reduccion-de-danos-para-usuarios-de-drogas-inyectables>
- Laura Segato desmenuza en la IBERO el concepto de 'femigenocidio'. (21 de noviembre de 2018). IBERO. <https://ibero.mx/prensa/laura-segato-desmenuza-en-la-ibero-el-concepto-de-femigenocidio>
- Lewis M. (2018). Brain change in addiction as learning, not disease. *N Eng J Med*, 379(16); 1551–1560. https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMra1602872#article_citing_articles
- Linde, P. (6 de mayo de 2019). Cómo se convirtió Portugal en un referente mundial en la regulación de las drogas. *El País*. https://elpais.com/sociedad/2019/05/02/actualidad/1556794358_113193.html
- Lissardy, G. (19 de diciembre de 2019). Uruguay: cuánto ha cambiado realmente el mercado de las drogas en el país con la legalización de la marihuana. *BBC Mundo*. <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-50667423>
- Llorens Aleixandre, N. Perelló del Río, M. y Palmer Pol, A. (2004). Estrategias de afrontamiento: Factores de protección en el consumo de alcohol, tabaco y cannabis. *Adicciones*, 16(4), 259–264. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.391>
- López Torrecillas, F., del Mar Salvador, M., Verdejo García, A. y Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: Una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 33–51. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2518067>
- Luciano, C., Páez-Blarrina, M. y Valdivia-Salas, S. (2010). La terapia de aceptación y compromiso (ACT) en el consumo de sustancias como estrategia de evitación experiencial. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(1), 141–165. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=337/33712017009>
- MacCoun, R., Kilmer, B. y Reuter, P. (2003). Research on drugs-crime linkage: the next generation. En J. Ashcroft, D. Daniels y S. Hart (Eds.): *Toward a drugs and crime research agenda for the 21st century. Special report* (pp. 65–90). Washington, D.C.: Department of Justice, Office of Justice Programs.
- Mackey, T. K., Werb, D., Beletsky, L., Rangel, G., Arredondo, J. y Strathdee, S. A. (2014). Mexico's "ley de narcomenudeo" drug policy reform and the international drug control regime. *Harm Reduction Journal*, 11(1), 31. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-31>
- Magalhães Dahl, C., de Araújo Carvalho M. C., Teixeira de Mendonça, J. M., Mitkiewicz de Souza, F., Estivil Bustos, M. W., Fernandes de Cintra Santos, J., Marcos Lovisi, G. y Tavares Cavalcanti, M. (2013). "Soy loco, pero estoy en red": el proceso de capacitación con usuarios de servicios de Salud Mental para el trabajo de ayuda entre pares en la red de atención psicosocial de Río de Janeiro. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 24(112), 445–454.
- Marín Navarrete, R. y Medina-Mora Icaza, M. E. (Ed.). (2018). *Estudios en México sobre Patología Dual* [Monografía]. <https://www.researchgate.net/publication/324273242>

- Marín Navarrete, R., Eliosa Hernández, A., Lozano Verduzco, I., Fernández de la Fuente, C., Turnbull, B. y Tena Suck, A. (2013). Estudio sobre la experiencia de hombres que han sido atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud Mental*, 36, 393–402. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500007&lng=es&tlng=es.
- Martínez, F. (25 de agosto de 2020). Estiman 60% de homicidios dolosos de mujeres por el crimen organizado. *La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/ultimas/politica/2020/08/25/estiman-60-de-homicidios-dolosos-de-mujeres-por-el-crimen-organizado-7470.html>
- de Mauleón, H. (14 de julio de 2020). La masacre de Irapuato, "por error". *El universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/opinion/hector-de-mauleon/la-masacre-de-irapuato-por-error>
- McGinty, E. E., Goldman, H. H., Pescosolido, B. y Barry, C. L. (2015). Portraying mental illness and drug addiction as treatable health conditions: Effects of a randomized experiment on stigma and discrimination. *Social Science y Medicine*, 126, 73–85. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.12.010>
- Medina-Mora, M. E., Real, T., Villatoro, J. y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿Hacia dónde vamos? *Salud Pública Mex*, 55, 67–73. <http://www.enlinea.cij.gob.mx/Cursos/Hospitalizacion/pdf/DrogSP.pdf>
- Menéndez, E. L. (2012). Sustancias consideradas adictivas: prohibición, reducción de daños y reducción de riesgos. *Salud Colectiva*, 8(1), 9–24. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=73123964002>
- México Unido Contra la Delincuencia. (19 de noviembre de 2020). *Senado pierde una oportunidad histórica para la regulación de la cannabis: habilita un mercado de producción que no garantiza derechos a consumidores*. <https://www.muco.org.mx/2020/11/comunicado-senado-pierde-una-oportunidad-historica-para-la-regulacion-de-la-cannabis/>
- Montalvo, T. (5 de abril de 2016). Malos tratos y tortura, el tratamiento en los centros de rehabilitación en México. *Animal político*. <https://www.animalpolitico.com/2016/04/malos-tratos-y-tortura-el-tratamiento-en-los-centros-de-rehabilitacion-en-mexico/>
- Moreno, K. (2013). *Niños, adolescentes y adicciones: una mirada desde la prevención*. México: Trillas.
- Naciones Unidas. (2012). *Compulsory drug detention and rehabilitation centres*. https://www.unodc.org/documents/southeastasiaandpacific//2012/03/drug-detention-centre/JC2310_Joint_Statement6March12FINAL_En.pdf
- Naciones Unidas. (2016). *Documento final del período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el problema mundial de las drogas celebrado en 2016. Nueva York, 19-21 de abril de 2016*. <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603304-S.pdf>
- Naciones Unidas. (2018). *Terminología e información sobre drogas*. https://www.unodc.org/documents/scientific/Terminology_and_Information_on_Drugs_S_3rd_Edition.pdf

- Nickerson, J.W. y Attaran, A. (2012). The inadequate treatment of pain: Collateral damage from the war on drugs. *PLoS Med*, 9(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001153>
- No son 59 cuerpos: colectivos de búsqueda estimaron que son más de 100 personas en fosa clandestina de Guanajuato. (30 de octubre de 2020). *Infobae*. <https://www.infobae.com/america/mexico/2020/10/30/no-son-59-cuerpos-colectivos-de-busqueda-estimaron-que-son-mas-de-100-personas-en-fosa-clandestina-de-guanajuato/>
- Ochoa, A. (13 de octubre de 2020). No hay política pública contra la drogadicción ni en Municipio ni en Estado. *Zona Franca*. <https://zonafranca.mx/zfreporte/no-hay-politica-publica-contra-la-drogadiccion-ni-en-municipio-ni-en-estado/>
- Odgers Ortiz, O. (2018). Conclusiones. En Odgers Ortiz, O. y Olivas Hernández, O. L. (Coord.), *¿Dejar las drogas con ayuda de Dios? Experiencias de internamiento en centros de rehabilitación fronterizos* (pp. 307–320). Tijuana: El Colegio De La Frontera Norte. https://www.researchgate.net/publication/328583353_Dejar_las_drogas_con_ayuda_de_Dios_Experiencias_de_internamiento_en centros_de_rehabilitacion_fronterizos
- Odgers Ortiz, O. y Olivas Hernández, O. L. (2018). Introducción. En Odgers Ortiz, O. y Olivas Hernández, O. L. (Coord.), *¿Dejar las drogas con ayuda de Dios? Experiencias de internamiento en centros de rehabilitación fronterizos* (pp. 13–28). Tijuana: El Colegio De La Frontera Norte. https://www.researchgate.net/publication/328583353_Dejar_las_drogas_con_ayuda_de_Dios_Experiencias_de_internamiento_en centros_de_rehabilitacion_fronterizos
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017a). *Informe mundial sobre las drogas 2017*. https://www.unodc.org/wdr2017/field/WDR_Booklet1_Exsum_Spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2017b). *Normas internacionales para el tratamiento de trastornos por el uso de drogas*. https://www.unodc.org/documents/colombia/2018/Mayo/International-Standards_ESP-DRAFT.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019a). *Estudio Global sobre Homicidios 2019*. <https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet1.pdf>
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2019b). *Informe mundial sobre las drogas 2019*. https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2020a). *Informe mundial sobre las drogas 2020*. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/V2002977_ExSum_Spanish.pdf
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2020b). *Informe mundial sobre las drogas 2020. Sales No. E.20.XI.6*. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_BOOKLET_6.pdf
- Open Society Foundations. (2016). *NI socorro, ni salud: Abusos en vez de rehabilitación para usuarios de drogas en américa latina y el caribe*. <https://www.opensocietyfoundations.org/uploads/5bda2aff-6714-45d3-961d-763ad4b2a4d6/no-health-no-help-es-21060403.pdf>

- Organización de los Estados Americanos. (2013). *Tribunales de Tratamiento de Drogas: Una Respuesta Internacional para Infractores Dependientes de Drogas*.
http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/dtca/publications/PUBLICACION_FINAL.pdf
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud. (2018). *Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018*.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*. OMS: Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*.
https://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2002). *Informe Mundial Sobre la Violencia y la Salud 2002*.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf
- Organización Panamericana de la Salud. (2016). *Guía de intervención mhGAP: para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0*. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071>
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos. (2019). *México ¿Cómo se compara? Health at a Glance 2019*. <https://www.oecd.org/mexico/health-at-a-glance-mexico-ES.pdf>
- Ortega, V. y Mack, S. (22 de diciembre de 2019). Adictos sobrepasan capacidad del gobierno; faltan centros de rehabilitación. *El universal*. <https://www.eluniversal.com.mx/nacion/adictos-sobrepasan-capacidad-del-gobierno-faltan-centros-de-rehabilitacion>
- Ortiz, I. (6 de julio de 2020). “Era un buen lugar, no había golpes”: las voces del anexo de Irapuato. *La silla rota*. <https://guajuato.lasillarota.com/estados/era-un-buen-lugar-no-habia-golpes-las-vozes-del-anexo-de-irapuato/409840>
- Ospina-Escobar, A. (11 de junio de 2019). La reducción de daños en México: entre el milagro y el malabar. *Nexos*. <https://economia.nexos.com.mx/?p=2307>
- Panadero, S., Vázquez, J. J. y Martín, R. M. (2017). Alcohol, pobreza y exclusión social: consumo de alcohol entre personas sin hogar y en riesgo de exclusión en Madrid. *Adicciones*, 29(1), 33–36.
<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.830>
- Paniagua Repetto, H., García Calatayud, S., Castellano Barca, G., Sarrallé Serrano, R. y Redondo Figuero, C. (2001). Consumo de tabaco, alcohol y drogas no legales entre adolescentes y relación con los hábitos de vida y el entorno. *Anales de Pediatría* 55(2), 121–128.
[https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(01\)77647-3](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(01)77647-3)
- Paoli, L., Greenfield, V. A. y Reuter, P. (2012) Change is Possible: The History of the International Drug Control Regime and Implications for Future Policymaking. *Substance Use y Misuse*, 47(8-9), 923–935. <https://doi.org/10.3109/10826084.2012.663592>

- Payne, J y Gaffney, A. (2012). How much crime is drug or alcohol related? Self-reported attributions of police detainees. *Trends & issues in crime and criminal justice*. 439. <https://www.aic.gov.au/publications/tandi/tandi439>
- Pedrero Pérez, E. J., Ruiz Sánchez de León, J. M., Lozoya Delgado, P., Rojo Mota G., Llanero, M. y Puerta-García, C. (2015). The Perceived Stress Scale: an unrestricted approach to its psychometric properties in non-clinical population and treated substance-addicts. *Behavioral Psychology*, 23(2), 305–324. <https://www.researchgate.net/publication/288182774>
- Pérez Daniel, M. (2012). Las metodologías horizontales. En M. Pérez Daniel y S. Sartorello (Ed.), *Horizontalidad, diálogo y reciprocidad en los métodos de investigación social y cultural* (pp. 11-14). México: CENEJUS/UNACH/UASLP/COCyTECH/Educación para las Ciencias en Chiapas, AC.
- Pérez Daniel, M. y Sartorello, S. (Ed.). (2012). *Horizontalidad, diálogo y reciprocidad en los métodos de investigación social y cultural*. México: CENEJUS/UNACH/UASLP/COCyTECH/Educación para las Ciencias en Chiapas, AC.
- Periódico Oficial. (5 de marzo de 2020). *Programa Estatal para la Prevención Social de la Violencia y la Delincuencia 2019-2024*. <https://portalsocial.guanajuato.gob.mx/programa-social/programa-estatal-para-la-prevencion-social-de-la-violencia-y-la-delincuencia-2019>
- Pulido Rull, M. A., Moyers González, M. y Martínez Salas, A. (2009). Algunos datos acerca del funcionamiento de una muestra de grupos de autoayuda en México. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 18 (1), 111–123. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29228948008.pdf>
- Rafaiee, R., Olyaei, S. y Sargolzaiee, A. (2013). The Relationship Between the Type of Crime and Drugs in Addicted Prisoners in Zahedan Central Prison. *Int J High Risk Behav Addict*, 2(3), 139–140. <https://doi.org/10.5812/ijhrba.13977>
- Ramblas, A. (19 de agosto de 2020). Ciudadanos se manifiestan por el cierre de anexos en Guanajuato. *La silla rota*. <https://guanajuato.lasillarota.com/estados/ciudadanos-se-manifiestan-por-el-cierre-de-anexos-en-guanajuato/425722>
- Ramos, M. (26 de junio de 2019). En Guanajuato sólo 14 de 200 anexos cuentan con certificación. *Milenio*. <https://www.milenio.com/politica/comunidad/guanajuato-14-200-anexos-cuentan-certificacion>
- Red Iberoamericana de Organizaciones No Gubernamentales que trabajan en Drogas y adicciones. (2018). *La reducción de daños en la intervención con drogas*. https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/actualidad/2018_Actualidadpublica/pdf/20181218_Guia_Riod.pdf
- Robertson, A. M., Garfein, R. S., Wagner, K. D., Mehta, S. R., Magis-Rodriguez, C., Cuevas-Mota, J., Gonzalez Moreno-Zuniga, P. y Strathdee, S. A. (2014). Evaluating the impact of Mexico's drug policy reforms on people who inject drugs in Tijuana, B.C., Mexico, and San Diego, CA, United States: A binational mixed methods research agenda. *Harm Reduction Journal* 11(1), 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7517-11-4>

- Rojas, E., Real, T., García-Silberman, S. y Medina-Mora, M. E. (2011). Revisión sistemática sobre tratamiento de adicciones en México. *Salud Mental*, 34(4), 351–365.
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58221317008>
- Rojo-Mota, G. (2016). Terapia ocupacional en adicciones: De la teoría a la práctica. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16(1), 159–171.
http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/primerajulio2016.pdf
- Romo Avilés, N. (2010). La mirada de género en el abordaje de los usos y abusos de drogas. *Revista española de drogodependencias*, 35(3) 269–272.
http://www.aesed.com/descargas/revistas/v35n3_ed.pdf
- Rosen, J. D. y Zepeda Martínez. (2014). La guerra contra el narcotráfico en México: una guerra perdida. *Revista Reflexiones*, 94(1), 153–168. <https://www.scielo.sa.cr/pdf/reflexiones/v94n1/1659-2859-reflexiones-94-01-00153.pdf>
- Rosovsky, H. (2009). Alcohólicos Anónimos en México: Fragmentación y fortalezas. *Desacatos*, (29), 13–30. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttextpid=S1607-050X2009000100002
- Ruiz Candina, H., Herrera Batista, A., Martínez Betancourt, A. y Supervielle Mezquida, M. (2014). Comportamiento adictivo de la familia como factor de riesgo de consumo de drogas en jóvenes y adolescentes adictos. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 33(4), 402–409.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0864-03002014000400008
- Russoniello, K. (2012). "The devil (and drugs) in the details: Portugal's focus on public health as a model for decriminalization of drugs in Mexico". *Yale Journal of Health Policy, Law, and Ethics*, 12(2), 4. <http://digitalcommons.law.yale.edu/yjhple/vol12/iss2/4>
- Sain, M. F. y Rodríguez Games N. (2015). *Tendencias y desafíos del crimen organizado en Latinoamérica*. Buenos Aires: Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo.
- Salazar, J., Zwitter, G. y México Unido Contra la Delincuencia. (28 de agosto de 2020). Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones: una estrategia fallida. *Animal Político*.
<https://www.animalpolitico.com/seguridad-justicia-y-paz/estrategia-nacional-de-prevencion-de-adicciones-cronicas-de-una-estrategia-fallida/>
- Sánchez Huesca, R., Fernández Cáceres, C., Arellanez Hernández, J. L. y Templos Núñez, L. B. (2017). *Adolescentes mexicanos migrantes en retorno de Estados Unidos y uso de drogas*. México: CIJ.
- Sánchez, A. (13 de octubre de 2020). En Guanajuato más de 9 mil niños y adolescentes son adictos a drogas. *Milenio*. <https://www.milenio.com/politica/comunidad/guanajuato-9-mil-ninos-adolescentes-adictos-drogas>
- Secretaría de Salud. (2015). *Programa de acción específico prevención y atención integral de las adicciones: Programa Sectorial de Salud 2013-2018*.
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE_2015.pdf
- Secretaría de Salud. (2016). *Informe de Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones 2016*.
http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf

- Secretaría de Salud. (2019). *Salud y Bienestar. Suplemento Salud Edición 3*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/513314/SALUD_Y_BIENESTAR_3.pdf
- Silva Monsalve, A. M., Mendoza Girado, J. F. y Girado Ruiz, A. I. (2018). Prevención del consumo de sustancias psicoactivas. Un aporte desde la neurociencia y el aprendizaje basado en proyectos ABP. *Revista Iberoamericana De Educación*, 78(1), 107–126.
<https://rieoei.org/RIE/article/view/3214>
- Solís Rojas, L. R., Sánchez Guerrero, A. y Cortés Fuentes, R. (2003). *Drogas: las 100 preguntas más frecuentes*. México: CIJ.
- Solórzano Soto, R. M., Márquez Allauca, V. M. y Márquez Allauca, K. J. (2017). Terapia cognitiva-conductual para rehabilitación- reinserción social del adicto y minimización de factores biopsicosociales. *Dominio de las Ciencias*, 3(2), 752–769.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6325886>
- Strang, J., Babor, T., Caulkins, J., Fischer, B., Foxcroft, D. y Humphreys, K. (2012). Drug policy and the public good: evidence for effective interventions. *Addiction*, 379(9810), 71–83.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61674-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61674-7)
- Tena Suck, A. y Marín Navarrete, R. (2017). Comentario. La enseñanza acerca de las adicciones: un área de oportunidad en los programas de psicología en México. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 22(2), 257–260. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29255774012>
- Tizoc-Marquez, A., Rivera-Fierro, K., Rieke-Campoy, U. y Cruz-Palomares, M. (2017). Reducción de daños como estrategia para el uso y abuso de sustancias en México: desafíos y oportunidades. *Ra Ximhai*, 13(2), 39–51. <https://www.redalyc.org/pdf/461/46154510003.pdf>
- Transform Drug Policy Foundation. (s.f.). *La guerra contra las drogas: Promoviendo el estigma y la discriminación. Count the costs. ¿50 years of the war on drugs?*.
[http://fileserver.idpc.net/library/Count the costs guerra drogas promovimiento estigma.pdf](http://fileserver.idpc.net/library/Count%20the%20costs%20guerra%20drogas%20promovimiento%20estigma.pdf)
- Vassoler, F. M., Byrnes, E. M. y Pierce, R. C. (2014). The impact of exposure to addictive drugs on future generations: Physiological and behavioral effects. *Neuropharmacology*, 76, 269–275.
<https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2013.06.016>
- Vela, D. S. (24 de enero 2018). 75% de los homicidios en 2017, a manos del crimen organizado: ONG. *El Financiero*. <https://www.elfinanciero.com.mx/nacional/comete-el-crimen-organizado-75-de-homicidios-en-mexico-en-2017>
- Weiss, N. H., Duke, A. A. y Sullivan, T. P. (2014). Evidence for a curvilinear dose-response relationship between avoidance coping and drug use problems among women who experience intimate partner violence. *Anxiety, Stress y Coping*, 27(6), 722–732.
<https://doi.org/10.1080/10615806.2014.899586>
- Wood, E., Werb, D., Kazatchkine, M., Kerr, T., Hankins, C., Gorna, R., Nutt, D., Des-Jarlais, D., Barre-Sinoussi, F. y Montaner, J. (2010). Vienna Declaration: a call for evidence-based drug policies. *Lancet*, 376, 310–312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60958-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60958-0)

- Zamudio Angles, C. A. (2011). *México y su Ley contra el narcomenudeo*. IDCP.
<http://fileserv.idpc.net/library/Mexico-Briefing-Paper-esp.pdf>
- Zamudio, C. (2010). Muertos en los “anexos”. *Este País*, 233, 37–39.
- Zedillo Ponce de León, E., Pérez Correa González, C., Madrazo Lajous, A. y Alonso Aranda, F. (2019). *La política de drogas en México: causa de una tragedia nacional*. México: Programa de Política de Drogas, Centro de Investigación y Docencia Económicas.
http://www.politicadedrogas.org/PPD/documentos/20190123_113445_zedillo_et_al_2019_tragedia_nacional..pdf
- Zepeda Lecuona, G. R. y Jiménez Rodríguez P. G. (2019). Impunidad en homicidio doloso en México: reporte 2019. *Impunidad Cero*.
<https://www.impunidadcero.org/uploads/app/articulo/131/contenido/1575312021S66.pdf>

Apéndice



Gto. a 3 de junio de 2019.

Acuerdo de confidencialidad para participante de investigación

A través del presente manifiesto mi consentimiento para el tratamiento de los datos personales recabados en esta investigación, la cual tiene como objetivo acumular información de las percepciones que se tienen acerca de las experiencias en la atención al consumo de drogas (centros de rehabilitación formales e informales, grupos de apoyo, involucramiento familiar, etc.), así como de la atención actual y las expectativas generadas hacia el futuro con respecto a las experiencias de atención.

El proceso de investigación se compone de las siguientes partes:

1. Sesiones de entrevista grupal donde se incluya a todos los internos con el fin de enriquecer la información a partir de las experiencias de los otros. Permitiendo así impregnar los datos de opiniones construidas grupalmente.
2. Sesiones de entrevista individual buscando ahondar en la experiencia particular que cada participante ha tenido, así como las percepciones generadas desde su singularidad.
3. Sesiones complementarias donde se llevarán a cabo actividades acordadas en respuesta a las demandas que refiera el grupo de participantes.

Fui informado de que mi participación es totalmente voluntaria y no tendrá ningún tipo de repercusión para ninguna de las partes. De decidirme a colaborar en el estudio, tendré la posibilidad de abandonar la práctica igualmente libre de cualquier sanción; de permanecer en la investigación, dispondré de una posición privilegiada para la consulta de los resultados obtenidos antes de su publicación en cualquier plataforma de difusión o en cualquier momento posterior. O reservarme el derecho a su consulta.

Los datos de identificación recabados en la investigación serán confidenciales y sustituidos por seudónimos al momento de su divulgación de acuerdo con las normas 3.10 Consentimiento Informado, 8.01 Autorización Institucional, 8.02 Consentimiento informado para la investigación y 8.03 Consentimiento informado para la grabación de voces e imágenes en investigación; del manual de Principios éticos de los psicólogos y código de conducta de la American Psychological Association (APA).

Este proyecto está a cargo de Fernando Iván Hernández Camacho (fi.hernandezcamacho@ugto.mx), estudiante de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de Guanajuato, cuyo asesor es el doctor Luis Felipe García y Barragán, profesor e investigador del Departamento de Psicología (psicosoc@gmail.com) de la misma universidad.

Nombre y firma del participante

Nombre y firma del responsable de la investigación

Formato de entrevista

Formato de entrevista diseñado para trabajar la entrevista abierta con los participantes internos en un anexo. El fin es acumular información de las percepciones que se tienen acerca de las experiencias de atención al consumo de drogas (centros de rehabilitación formales e informales, grupos de apoyo, el papel de la familia en la atención, etc.), así como la atención que perciben actualmente y las expectativas generadas hacia el futuro.

Las sesiones serán divididas comenzando por la captura de información sobre el centro actual para después ahondar sobre la experiencia en sitios anteriores; finalmente llevándolos a imaginar sobre la manera en que las condiciones de atención anteriores y actuales podrían determinar su futuro.

Si bien, la intención es comenzar por la actualidad, se anticipa que las respuestas de los participantes podrían dirigir la conversación hacia las experiencias que han tenido anteriormente, por lo tanto, se opta por entrevistas abiertas que busquen cumplir con una propuesta de categorías. Es así, que con las preguntas se buscará abundar sobre las siguientes categorías: la percepción del espacio; la percepción de las interacciones; la percepción del sentir; y la percepción de uno mismo, el otro y uno mismo visto desde el otro. Para contrastar y dar valor a los datos, se cuestionará desde la temporalidad, comparando el anexo actual de residencia con otras experiencias de atención recibidas, así mismo con las expectativas a futuro.

A continuación, la propuesta de división categórica y preguntas detonantes para comenzar el diálogo:

- A. Percepciones del espacio: Identificar las opiniones sobre los diferentes tipos de atención y sus condiciones. Los recursos materiales y humanos, así como, su experiencia con el modelo de tratamiento implementado.
 - Primera parte
 - a. ¿Cómo es el lugar donde actualmente se les brinda atención?
 - b. ¿Dónde y qué comen?, ¿dónde duermen?, ¿dónde se bañan y van al baño?
 - c. ¿Qué opinan del sitio donde comen y lo que comen?, ¿qué opinan del sitio donde duermen?, ¿qué opinan del sitio donde se bañan y van al baño? (Preguntas acerca de los servicios disponibles)
 - Segunda parte
 - a. ¿Han estado en otro anexo o algún lugar donde se atiende el consumo de drogas?
 - b. ¿Cómo era estar en ese lugar? o ¿Cómo era estar en esos lugares?
 - c. (Preguntas acerca de los servicios disponibles)

- B. Percepción de las interacciones: Recopilar la percepción de la relación y convivencia con los compañeros y las autoridades.

- Primera parte
- a. ¿Cómo es el trato en este anexo?
- b. ¿Cómo se relacionan con sus compañeros?
- c. ¿Cómo se sienten con tus compañeros?
- Segunda parte
- a. ¿Cómo es el trato en los lugares donde se les ha brindado atención?
- b. ¿Cómo se relacionaban con la gente a su alrededor en esos escenarios?
- c. ¿Cómo se sentían con la gente a su alrededor en esos escenarios?

C. Percepciones del sentir: Identificar los sentimientos y emociones experimentadas durante su residencia y las atribuciones con que se vinculan estos sentires.

- Primera parte
- a) ¿Cómo se sienten aquí?
- b) ¿Por qué se sienten así?
- c) En comparación con otros sitios de atención, ¿cómo es estar aquí?
- Segunda parte
- a) ¿Han estado en otro anexo o algún lugar donde se atiende el consumo de drogas?
- b) ¿Cómo se sentían en ese lugar? o ¿Cómo se sentían en esos lugares?
- c) ¿Por qué se sentían así?
- Tercera parte
- a) ¿Cómo se imaginan que serán las cosas después de estar aquí?
- b) ¿Cómo se sienten al pensarlo?
- c) ¿Por qué lo sienten así?

D. Percepciones de posicionamiento: Recopilar la percepción que se tiene de sí mismos, de la gente del exterior y lo que suponen que esta piensa sobre ellos.

- a) Percepción de sí mismo.
 - Primera parte
 - a. ¿Cómo se ven a ustedes mismos actualmente?
 - b. ¿Qué les gusta de ustedes mismos actualmente?, ¿qué no?
 - Segunda parte
 - e. ¿Cómo se veían anteriormente a ustedes mismos?
 - f. ¿Qué le gustaba de ustedes mismos anteriormente?, ¿qué no?

- Tercera parte
- a. ¿Cómo se ven a ustedes mismos a futuro?
- b. ¿Qué imaginan que les gustará de ustedes mismos a futuro?, ¿qué no?
- b) Percepción del otro.
- Primera parte
- a. ¿Cómo son las personas a su alrededor?
- b. ¿Qué les gusta de las personas a su alrededor?, ¿qué no?
- Segunda parte
- a. ¿Cómo veían a las personas a su alrededor?
- b. ¿Qué les gustaba de las personas a su alrededor?, ¿qué no?
- Tercera parte
- a. ¿Cómo imaginan que será las personas a su alrededor?
- b. ¿Qué les gustaría de las personas a su alrededor?, ¿qué no?
- c) Percepción de uno mismo desde el otro.
- Primer parte
- a. ¿Cómo creen que los demás los ven a ustedes?
- b. ¿Qué creen que puede gustarle de ustedes a los demás?, ¿qué no?
- Segunda
- e. ¿Cómo creen que los demás los veían a ustedes?
- f. ¿Qué creen que podía gustarle de ustedes a los demás?, ¿qué no?
- Tercera
- e. ¿Cómo creen que los demás los verán a ustedes?
- f. ¿Qué creen que podrá gustarle de ustedes a los demás?, ¿qué no?



Universidad
de Guanajuato

Dra. Yessica Ivet Cienfuegos Martínez

Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Vocal** del examen que para obtener el grado de la Maestría en Ciencias del Comportamiento, que sustentará el **C. Fernando Iván Hernández Camacho**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación del trabajo de tesis que con el título de **“Los Anexos y el quehacer de la psicología: deudas de seguridad y salud pública en México”** ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de Tesis del alumno que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

“LA VERDAD OS HARA LIBRES”

14 de enero 2021

Secretaría Académica

División Ciencias De La Salud

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: _____

Firma: Aprobado

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Blvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657



Universidad
de Guanajuato

Mtra. Luz Daniela Itandehui Ramos Banda

Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Secretario** del examen que para obtener el grado de la Maestría en Ciencias del Comportamiento, que sustentará el **C. Fernando Iván Hernández Camacho**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación del trabajo de tesis que con el título de **“Los Anexos y el quehacer de la psicología: deudas de seguridad y salud pública en México”** ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de Tesis del alumno que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

“LA VERDAD OS HARA LIBRES”

14 de enero 2021

Secretaría Académica

División Ciencias De La Salud

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: aprobatorio

Firma: 

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Blvd. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657



Universidad
de Guanajuato

Mtro. Edgar Daniel Páramo Castillo

Presente

Por acuerdo con el Dr. Tonatiuh García Campos, Director de la División de Ciencias de la Salud del Campus León se le ha designado como **Presidente** del examen que para obtener el grado de la Maestría en Ciencias del Comportamiento, que sustentará el **C. Fernando Iván Hernández Camacho**.

La modalidad de la titulación será por medio de la presentación del trabajo de tesis que con el título de **"Los Anexos y el quehacer de la psicología: deudas de seguridad y salud pública en México"** ha completado y es satisfactorio de acuerdo al Director de trabajo.

Por lo anterior le solicito revise el trabajo de Tesis del alumno que acompaña al presente y nos informe mediante su voto si procede la realización del examen de titulación.

Su participación en este proceso es de la mayor importancia para la Misión de la Universidad por lo que deseo expresarle mi agradecimiento por su valiosa colaboración en la evaluación del trabajo y la realización del examen de titulación.

Sin otro particular me es grato reiterarle la seguridad de mi más alta consideración.

"LA VERDAD OS HARA LIBRES"

14 de enero 2021

Secretaría Académica

División Ciencias De La Salud

Mtra. Cipriana Caudillo Cisneros

Para los sinodales:

Mi voto en relación al trabajo de Titulación es: aprobatorio

Firma:

SECRETARÍA ACADÉMICA DE LA DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD CAMPUS LEÓN

Bld. Puente Milenio No. 1001 Fracción del Predio San Carlos, C.P. 37670 Tel. (477) 267 49 00 Ext. 3657