



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SINALOA**

**Facultad de Trabajo Social Culiacán**

**Doctorado en Trabajo Social con acentuación en Sistemas de Salud**

**Tesis**

**Aproximación etnográfica al internamiento en residencias de tratamiento  
no profesional de drogodependencia en Sinaloa**

**Como requisito para obtener el grado de Doctora en Trabajo Social  
sustenta:**

**Martha Alicia Torres Reyes**

**Director de Tesis**

**Dr. César Jesús Burgos Dávila**

**Culiacán Rosales Sinaloa, 16 de junio del 2018**

## **AGRADECIMIENTOS**

A las personas de los centros de rehabilitación que me permitieron la entrada a sus entornos. A los internos por brindarme su confianza y contarme sus experiencias de vida en la drogodependencia y el encierro, a todos ellos mi respeto y agradecimiento.

Al CONACYT y a la Universidad Autónoma de Sinaloa, por la oportunidad que se me dio de realizar el doctorado en Trabajo Social, en la línea de salud.

A quienes contribuyeron de diferentes formas para que hiciera posible este doctorado, les expreso un profundo agradecimiento.

De manera especial, agradezco a mi director de tesis el doctor César Jesús Burgos Dávila por su acertada orientación y asesoría para la construcción y ejecución de esta investigación, asimismo, a mi comité tutorial; Dr. Jiménez Lauren Rigoberto, Dra. Leyva Cruz María Guadalupe y Dra. Velázquez Escobar Martha E. por su valiosa contribución con sus observaciones y recomendaciones durante el curso de este trabajo académico. En el mismo sentido, a los lectores externos; al Dr. Mojardin Heráldez Ambrocio y a la Dra. Chapa Romero Ana Celia, quienes con sus recomendaciones hicieron posible enriquecer este texto.

A mis hijas, por su amor y compañía siempre.

## ÍNDICE

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	5
---------------------------	---

### **CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Construcción del problema de investigación.....	7
1.2. Panorama del consumo de drogas a nivel mundial.....	10
1.3. El consumo de drogas en México.....	13
1.4. El consumo de droga en el mundo y México.....	17
1.5. La atención institucional hacia los usuarios de drogas.....	20
1.6. Justificación.....	22
1.7. Pregunta de investigación.....	25
1.8. Objetivo general de la investigación.....	25
1.9. Objetivos específicos.....	26

### **CAPÍTULO II: ESTADO DEL ARTE**

2.1. Una mirada a las investigaciones sobre el modelo residencial como tratamiento de las adicciones.....	27
2.2. Antecedentes del modelo residencial de tratamiento en adicciones denominado comunidad terapéutica.....	28
2.3. Comunidad terapéutica: su conceptualización y objetivos.....	33
2.4. Sustento teórico del funcionamiento de comunidad terapéutica.....	36
2.5. La función de comunidad terapéutica como tratamiento residencial en adicciones.....	37
2.6. El modelo residencial de tratamiento no profesional en adicciones en México y Sinaloa.....	40

### **CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO**

3.1. Postulados y premisas.....	47
3.2. Construcción sociocultural del consumo de drogas ilegales.....	48
3.3. El consumo de drogas en grado problemático cuestión sociocultural.....	51
3.4. El modelo residencial de tratamiento no profesional en adicciones.....	53
3.5. Institución total y vigilancia en el modelo residencial de tratamiento no profesional en adicciones.....	58
3.6. La cotidianidad del encierro en el modelo residencial de tratamiento no profesional en adicciones.....	60
3.7. El sujeto drogodependiente como construcción social.....	62
3.8. La construcción del sujeto drogodependiente como producto de consumo.....	65

## **CAPÍTULO IV: PROPUESTA METODOLÓGICA PARA UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

4.1. Una aproximación cualitativa a los centros de rehabilitación.....	71
4.2. Método etnográfico: una cuasi-etnografía para la comprensión sociocultural de las adicciones y el modelo residencial de tratamiento.....	73
4.3. Contextualización del trabajo de campo.....	74
4 4.4. El acceso al campo.....	78
4.5. Descripción socio-demográfica de los participantes.....	81
4.6. Técnicas de investigación.....	85
4.6.1. Observación participante.....	86
4.6.2. Entrevista cualitativa.....	88
4.7. Aspectos éticos considerados en la investigación.....	91
4.8. Estructura del análisis del informe de investigación.....	92

## **CAPÍTULO V: INFORME DE INVESTIGACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

5.1. La vida de consumo de drogas ilegales en internos de centros de rehabilitación.....	94
5.2. Consumir drogas ilegales en la niñez.....	96
5.3. El grado problemático del consumo de drogas ilegales.....	101
5.4. La droga de impacto .....	108

## **CAPÍTULO VI: INFORME DE INVESTIGACIÓN DEL MODELO RESIDENCIAL DE TRATAMIENTO NO PROFESIONAL A LAS ADICCIONES**

6.1. Los centros de rehabilitación para las adicciones.....	115
6.2. Reincidir a los centros de internamiento.....	126
6.3. Formar expectativas durante elinternamiento.....	133
6.4. El encierro en los centros de rehabilitación no profesionales y las prácticas de intervención.....	138
6.5. Consideraciones finales.....	146
<b>Referencias.....</b>	<b>151</b>

## INTRODUCCIÓN

El interés de esta investigación surgió por el contacto personal previo que tuve como personal médico de un servicio de urgencias con personas drogodependientes que han habitado estos centros de tratamiento no profesional a las adicciones. Personas que argumentaban haber vivido experiencias buenas y malas en los internamientos, con el objetivo de rehabilitarse de las adicciones. Aspecto que fue fortalecido por revisión bibliográfica de investigación sobre adicciones y los diversos modelos de tratamientos basados en comunidad terapéutica. Aunado a literatura afín a la comprensión sociocultural del consumo de drogas y la metodología etnográfica que permitió el contacto directo con los actores del modelo residencial de tratamiento no profesional en adicciones.

La investigación se fundamenta en comprender cómo es concebida la funcionalidad de este modelo de tratamiento por los internos; quienes lo construyen a través de su vida cotidiana en el encierro, por haber llegado al consumo de drogas ilegales en grado problemático. Ya sea por decisión propia o de algún familiar han sido enclaustrados en alguno de los centros que trabajan esta forma de tratamiento.

Con el objetivo de dimensionar la comprensión sobre el cómo, por qué, las personas dan inicio y se mantienen en el consumo de drogas hasta llegar al grado problemático que “los hace requerir del encierro”, para dejar de consumir, y reinciden constantemente sin lograr rehabilitarse, se trabajó la investigación cualitativa, con enfoque y método etnográfico desde la perspectiva sociocultural en la presentación de cuasi-etnografía. Ello permitió dimensionar elementos que tienen relación con la construcción social del sujeto drogodependiente, y sobre qué construyen la funcionalidad del tratamiento residencial no profesional quienes lo han vivido reiteradamente.

El trabajo se integró en seis capítulos; el primero aborda la construcción del problema de investigación, en él se exponen el origen y desarrollo del modelo residencial como tratamiento en adicciones. Seguido del consumo de drogas como problema de salud y sociocultural como elemento indispensable para comprender cómo el modelo residencial no profesional se ha consolidado como tratamiento alternativo en una sociedad con alto consumo de las drogas.

En el capítulo dos se aportan los antecedentes del desarrollo histórico social, y los elementos que fundamentan su función de comunidad terapéutica del modelo residencial, en el tratamiento de personas que padecen drogodependencia. Mientras en el capítulo tres se retoman los postulados y las premisas que dieron guía a esta investigación, para dar la discusión con autores que abordan desde una mirada sociocultural, el consumo de drogas, la construcción social del sujeto drogodependiente, y el encierro como tratamiento institucional. En tanto el capítulo cuatro desarrolla una propuesta metodológica etnográfica de corto tiempo; una cuasi-etnografía, que permitió estudiar tres centros de internamiento para personas drogodependientes durante tres meses que duró la investigación.

Los capítulos cinco y seis corresponden al reporte de investigación. En el cinco se informan los aspectos encontrados sobre la vida de consumo de drogas ilegales y el desarrollo del grado problemático de la misma en la población de estudio. En tanto, el capítulo seis se expone la voz narrada, con la percepción que expresan los internos sobre el modelo residencial de tratamiento no profesional. Para terminar, se puntualizan las consideraciones finales donde se expresan las conclusiones de los resultados de esta investigación.

## **CAPÍTULO I: CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

### **Aproximación etnográfica al internamiento en residencias de tratamiento no profesional de drogodependencia en Sinaloa**

#### **1.1. Construcción del problema de investigación**

El tratamiento residencial para pacientes drogodependientes, cuya finalidad es la rehabilitación, surgió en Estados Unidos durante las décadas de 1920 y 1930. En el mismo proceso, se puso en práctica la estrategia conocida como Comunidad Terapéutica, la que, a lo largo de su desarrollo, se ha expresado en dos modalidades: profesional y no profesional (Murcia y Orejuela, 2014). Una de las metas de la investigación que aquí se presenta es, precisamente, abordar el modelo residencial de tratamiento no profesional en el consumo de drogas ilícitas en grado problemático. Este concepto hace referencia a la relación que se establece entre el sujeto y la sustancia, e implica que la persona desarrolle comportamientos conflictivos (Álvarez, 2010). En tal sentido, las motivaciones y las prácticas desembocan en hábitos de consumo que permiten identificar las sustancias psicoestimulantes. Así, es posible distinguir si se trata de consumo como práctica cultural que no afecta la salud ni el entorno familiar y social, o bien se trata de un consumo en grado problemático. Para ello, se ha considerado necesario exponer el contexto general donde ha prevalecido el consumo de las drogas en los últimos quince años. Solo así se podrá comprender la necesidad e importancia de este modelo como alternativa terapéutica.

Este modelo terapéutico es reconocido por la Norma Oficial Mexicana de Salud [NOM-028-SSA-2009], en el punto 3.11, para el Tratamiento y Control de las Adicciones. Es la norma a la que deben apegarse las instituciones mexicanas de salud que atienden las adicciones. Se concibe como contexto y método para rehabilitar adictos, mediante la modificación del estilo de vida y la transformación personal. Se fundamenta en la ayuda mutua e interacción comunitaria, y reconoce que puede ser operada por personas drogodependientes en recuperación, profesionales o por personal mixto (NOM-028-SSA-2009).

Según la Organización de los Estados Americanos [OEA] (2013), el consumo de drogas es un asunto de salud pública y requiere de la intervención interdisciplinar de ciencias biomédicas, sociales, económicas, ambientales, políticas y poblacionales en la búsqueda de los factores determinantes y elaboración de las estrategias de intervención para la salud colectiva de la población. Así, la NOM-028-SSA-2009 e investigadores como Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera (2013) afirman que atender ese complejo problema social debe llevar a prestar atención a la oferta y la demanda de las diversas sustancias psicotrópicas ilegales que circulan en nuestra sociedad. También se deben tener presentes los efectos que estas sustancias producen al ser consumidas, y, sobre todo, su influencia significativa en la construcción de una cultura de conflictos y violencia<sup>1</sup>. En este sentido, el consumo de drogas es un problema de salud pública, ya que tiene efectos directos e indirectos en la producción de otras enfermedades y, tal como se ha dicho, genera conflictos individuales y colectivos (Hernández, Orozco y Ríos, 2017).

En el plano de la salud física, el consumo de drogas en grado de drogodependencia se encuentra asociado a enfermedades infectocontagiosas de transmisión sexual y vía venosa, como VIH, HEPATITIS B y C y Cirrosis (Medina-Mora *et al.*, 2013, Sánchez-Hoil, Andueza-Pech, Santana-Carvajal, Hoil-Santos y CuFarfán-López, 2017). En el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, se reconoce el impacto social de la violencia asociada a las drogas (Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2013).

En México, entre los pacientes con lesiones que ingresan a los servicios de urgencias, uno de cada siete está asociado al consumo de drogas ilícitas, principalmente cannabis y cocaína (Amaro, Campa, Cantú-Martínez y Gómez, 2016). Las lesiones traumáticas, tanto físicas como psicológicas, por conductas de alto riesgo desarrolladas tras el consumo de las drogas suelen afectar negativamente la estructura familiar, al traer consigo enfermedades, abandono laboral y deserción escolar. De allí la pertinencia del pronunciamiento que estos investigadores hacen para que el consumo de drogas se aborde desde una perspectiva de salud pública en México, y sea atendido por el sistema de salud del Estado de manera más

---

<sup>1</sup>A partir de 2006 en México se vive un Estado de Excepción, iniciado por el ex presidente Felipe Calderón caracterizado por «Guerra contra el narcotráfico». Lo único que se ha obtenido hasta la fecha es la militarización del territorio nacional, la legalización de la tortura y el espionaje, con consecuencias devastadoras en todo el territorio nacional (Sang Inés, 2017), mientras el problema del consumo de drogas sigue creciendo.

eficiente, creando instituciones profesionales de mayor cobertura que atiendan los estragos que produce el consumo de drogas en la población mexicana.

La falta de una cobertura institucional profesional del sistema de salud mexicano, dio origen al modelo residencial de tratamiento no profesional de las adicciones. En Sinaloa, son reconocidos como «centros de internamiento para drogodependientes» o «centros de rehabilitación». En este estado, son registrados por el Consejo Sinaloense Contra las Adicciones [COSICA] (2012) y clasificados por niveles, de acuerdo a los parámetros que impone la norma.

Nivel I. Atendido por profesionales.

Nivel II. Evaluación medianamente satisfactoria. El centro cuenta con al menos un profesional que participa en el proceso de atención, puede ser médico o psicólogo.

Nivel III. En proceso. Carece de personal profesional que atienda a las personas drogodependientes internadas. Operan con personal integrado por exconsumidores de drogas.

Según la Norma Oficial Mexicana NOM, 028-SSA-2009, los centros son usados por la sociedad civil y ofrecen contención ante el síndrome de abstinencia o intoxicación aguda que presentan los consumidores de drogas en grado problemático, garantizando la estabilidad del consumidor durante el tiempo de internamiento. Los consumidores son llevados a los centros por la «voladora», nombre popular de «la unidad móvil de un centro de rehabilitación que levanta a los adictos aún en contra de su voluntad para llevarlos a internar» Según lo expresado por Yadira Sarabia Noriega de la Asociación Civil Amigos A.C., suelen recogerlos dormidos, en la calle, con amigos, o recurren al apoyo de la policía municipal (Ibáñez, 12 de marzo, 2014).

Comprender el encierro operado por centros de intervención no profesional para las adicciones, así como la abstinencia concomitante, es una necesidad prioritaria, pues las personas consumidoras de drogas en grado problemático se comportan de modo tal que ponen en riesgo su seguridad física y mental, así como la seguridad física y mental de familiares y personas cercanas. En este sentido, resulta pertinente estudiar estos sectores marginados de la sociedad a través de una perspectiva cualitativa sociocultural, puesto que la información sobre el consumo de drogas ilegales tiene como factor medular el punto de

vista de las personas desde su propia experiencia de vida dentro de estos centros de atención. A través de sus relatos, se podrá comprender cómo funciona el tratamiento, las prácticas de intervención y cómo estas se despliegan en la cotidianidad del encierro institucional del modelo residencial no profesional para las adicciones.

Para que esta comprensión se realice, primero es necesario conocer el contexto general del consumo de drogas, su prevalencia a nivel internacional, nacional y regional, y las experiencias sobre el modelo residencial en el tratamiento de las adicciones.

## **1.2. Panorama del consumo de drogas a nivel mundial**

A nivel mundial, el consumo de drogas ilícitas se ha instaurado como un serio problema que afecta la salud de la población, sin respetar raza, sexo, edad, condición social y cultural. El incremento del consumo de diferentes sustancias ilegales, desde las tradicionales hasta las de nueva generación o de diseño, representa un reto para el sistema de salud pública internacional, nacional y local. Según el Informe Mundial sobre las Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2016), 250 millones de personas entre 15 y 64 años de edad, consumieron drogas ilícitas en el año 2014. Además, la UNODC (2016) ha estimado que una persona por cada 20 es consumidora de drogas. El informe también considera que más de 29 millones de personas consumidoras de drogas sufren trastornos secundarios. De esta población, 1 de cada 10 es consumidor problemático, por lo que requiere un tratamiento basado en el modelo de internamiento para inducir el proceso de deshabituación como una primera fase, a la que le debe seguir un tratamiento integral para recuperarse de la condición psicológica producida por las sustancias consumidas.

Las nuevas sustancias de diseño representan un riesgo mayor, ya que su atractivo puede favorecer que la persona pase de ser un consumidor casual, a ser un consumidor compulsivo o problemático. Al experimentar con drogas de mayor poder adictivo, como la anfetamina o la heroína, la persona puede quedar atrapada en la adicción.

Cuando la persona no puede acceder a instituciones profesionales, pero necesita atención, una de las alternativas es el centro de ayuda mutua, también denominado anexo. De hecho, según la UNODC (2016), de los 29 millones de personas con trastornos relacionados con

las drogas, solo 1 de cada 6 tiene acceso a tratamiento institucional, el que, por lo general, es de tipo asilar, solo garantiza la abstinencia por el internamiento.

El Bloque de América del Norte, representado por Canadá, Estados Unidos y México, reconoce al cannabis, la cocaína y las metanfetaminas como primer grupo de drogas ilegales de mayor consumo. El cannabis es la droga de mayor consumo en Canadá y Estados Unidos (OEA, 2013). El 73 % de la población joven consume estas drogas ilegales. En la población escolar entre 13 y 17 años de edad, hay una prevalencia superior al 20 %, y haber probado una droga alguna vez en la vida supera el 40%. Esta cifra está por encima de países como Chile y Uruguay.

Las drogas como el cannabis, la cocaína y la metanfetamina facilitan la adicción y, en consecuencia, hacen que la persona evolucione al grado problemático, entendido como la ruptura de la conducta prosocial y de autoconservación del sujeto. Según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD] (2015), se ha registrado su consumo en personas desde los 13 años.

Un segundo grupo de drogas de consumo internacional está constituido por los inhalables con una prevalencia superior al 5.9 %, y se da en los países del Caribe, exceptuando la República Dominicana, que tiene un consumo inferior. Mientras que Canadá tiene tasas de 1.8 % y Estados Unidos de 3.8 %. En estos países se mantiene la edad temprana de inicio antes referida. Según el informe correspondiente a los Estados Unidos, ha disminuido la prevalencia del consumo de 9.9 % a 3.6 %, de 1995 al 2013 (CICAD, 2015).

El Informe de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2015), contempla como tercer grupo de sustancias ilícitas a las cocaínas<sup>2</sup>. América del Norte tiene el consumo más alto en comparación con otras regiones del mundo. Específicamente, según la CICAD (2015), el mayor consumo de cocaína se encuentra en Canadá, con un valor de 2.5 %, mientras que Estados Unidos tiene de 1 % a 2 % en promedio. La población masculina es la más afectada.

---

<sup>2</sup> Cocaínas: drogas que contienen el alcaloide de cocaína, extraído de las hojas del arbusto de coca. Comprende al clorhidrato de cocaína, pasta base y el crack, según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2015).

El aumento en el consumo de los diferentes grupos de drogas ilegales habla de un contexto problemático a nivel internacional. Esto, obviamente, tiene repercusiones en México, donde se intenta responder a la demanda de consumo de América del Norte. En Estados Unidos la política de Estado contra el consumo y tráfico de drogas favorece la construcción de nuestro país como el enemigo número uno de los hogares estadounidenses, en ese sentido promueve y patrocina la guerra contra las drogas tanto en México como en otros países (Enciso, 2015). Si bien el problema de la producción y tráfico de drogas define la situación mexicana, también la población migrante de México a Estados Unidos, que no es poca, y huye de la pobreza en la que se vive en México (Sánchez-Huesca y Arellanez-Hernández, 2011), se expone a la oferta de las drogas en un entorno difícil para sobrevivir. Allí, el consumo de estas sustancias representa la oportunidad para evadir psicológicamente y por algunos días, la dura condición de ser inmigrante, lo que, en la mayoría de los casos, se convierte en drogodependencia.

En lo que respecta a drogas derivadas de la metanfetamina, como el cristal, a nivel internacional tienen un consumo relativamente bajo. En Estados Unidos, se reconoce como la segunda droga menos usada, al menos durante el periodo 2009-2013, según el informe de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Droga (2015). Dentro de este grupo, el éxtasis es la droga de mayor consumo en América Latina. América del Norte ocupa las tasas de consumo más altas con el 7.6 %, mientras que Canadá tiene el 3.5 %, y 3.5 % en Estados Unidos.

Se ha comprobado una correlación positiva entre pobreza y drogodependencia. Según el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2012), para el año 2012, había 53.3 millones de personas en condiciones de pobreza, de las que 41.8 estaban en pobreza moderada y 11.5 millones en pobreza extrema. Estas condiciones impulsan a las personas a buscar otros entornos laborales que, por lo general, no son receptivos y abonan el terreno para el consumo de estupefacientes.

La pobreza está reconocida por el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [INAD] (2004) como uno de los cinco dominios o factores de riesgo en la comunidad que favorecen el consumo de drogas en niños y jóvenes. Se trata de un factor psicosocial que propicia la

exclusión y favorece la vulnerabilidad<sup>3</sup> de las personas y, en consecuencia, las induce a probar las drogas. Para Hernández (2010), la pobreza se manifiesta en la población con menor oportunidad de acceder a empleos formales, educación, seguridad social, buena alimentación, vivienda de calidad, esparcimientos culturales sanos y escasos servicios de salud pública para la población drogodependiente. Según este autor, el concepto de pobreza es un «fenómeno estructural, dinámico, multifactorial, multidimensional y heterogéneo» (p.29). En este sentido, establece una relación entre pobreza y exclusión social, refiriéndolo de la siguiente manera:

El concepto de exclusión social ha sustituido en gran medida al de pobreza, ya que explica con mayor claridad los nuevos grupos sociales vulnerables, así como los distintos ámbitos vitales en los que se ven afectados como ingresos, salud, trabajo, educación, relaciones sociales, vivienda y participación (p.26).

Así, se reconoce la pobreza como factor de riesgo sociocultural de gran importancia, que pone en evidencia la falta de una política de salud pública capaz de proporcionar a la población una cobertura de atención adecuada que incluya a las personas consumidoras de drogas ilegales. Como condicionante sociocultural para el consumo de drogas, la pobreza estimula a los jóvenes a buscar aquello de lo que carecen: dinero, poder y éxito (Gómez y Almanza, 2016). Se convierte entonces en tierra fértil para inducir a ciertos sectores sociales a revalorizar su situación personal teniendo como referente la idea de éxito personal (Gómez y Almanza, 2016). Si bien la OEA (2013) plantea que un bajo nivel de desarrollo socioeconómico no implica la existencia de vinculaciones de los ciudadanos con las drogas, dado que en condiciones de mayor desarrollo de un país se puede dar una elevada prevalencia del consumo, sí afirma que los entornos de pobreza proporcionan una mayor vulnerabilidad por la falta de acceso a bienes y servicios, lo que genera contextos más problemáticos que deben ser atendidos valorando los elementos estructurales que son necesarios para el desarrollo humano.

---

<sup>3</sup> Vulnerabilidad: En el contexto de las adicciones se aplica a los sectoreso grupos de población que, por su condición de edad, sexo, estado civil, raza, origen étnico se encuentran en una condición de riesgo que les impide y obstaculiza el incorporarse al desarrollo para acceder a mejores condiciones de bienestar (CONADIC,2012).

### **1.3. El consumo de drogas en México**

En México, según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (2011), el consumo de drogas en la población general, para cualquier tipo de droga, es 1.8 %, y de manera específica para droga ilegal es 1.5 %. La marihuana tiene una prevalencia de 1.2 %, la cocaína 0.5 %, el crack, alucinógenos e inhalables 0.1 % y los estimulantes de tipo anfetamínicos 0.2 %. El consumo de marihuana por sexo tiene a la población masculina con un 2.2 %, y a la femenina con un 0.3 %, mientras que el consumo de cocaína se encuentra en 0.5 % para hombres y 0.1 % para mujeres. Destaquemos que el consumo de drogas por parte de la población entre 12 y 17 años de edad ha aumentado significativamente, pasó de 1.3 % en el 2002 a 2.9 % en el 2011 (ENA, 2011).

Situación grave es la que se presenta en la Ciudad de México. Según datos de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2015), hay un aumento significativo del consumo de drogas. El índice de 2.6 %, registrado en 1989, se elevó a 14.4 % en el 2012. La población femenina fue la más afectada, pasando de 0.6 % en 1989 a 9.9 % durante 2012. A estos resultados se suma la edad temprana de inicio del consumo registrada en los últimos años, dato clave para la definición de las políticas de Estado relativas a la atención a las adicciones. Incluso, organismos internacionales como la OEA, han reconocido que existe una mujer consumidora de cocaína por cada 9 hombres consumidores de drogas.

En general, el consumo de drogas en la población mexicana representa un serio problema de salud pública, debido a que presenta una tendencia creciente, con un nivel de afectación similar tanto para hombres como a mujeres (Encuesta Nacional de Adicciones, 2011). Centrándose en el consumo de drogas ilícitas por regiones, la Encuesta Nacional de Adicciones indica las siguientes prevalencias: norcentral 1.2 %, noroccidental 2.3 %, nororiental 4.0 %, occidental 1.6 %, centro 1.1 %, Ciudad de México 2.6 %, centro sur 0.4 %, sur 1.8 % y, la prevalencia nacional es de 1.5 %. De esta población, solo un 18.45 % ha acudido a recibir tratamiento, más de la mitad no logran culminarlo y solamente un 35 % lo ha recibido completo (ENA, 2011). El abandono del tratamiento es frecuente en los centros de atención ambulatorios y residenciales de puertas abiertas, debido a factores de diversa índole. Entre estos factores se encuentran los determinantes socioculturales, el

estatus socioeconómico bajo, el poco apoyo de la familia, los imperativos del síndrome de abstinencia que lleva a los internos de nuevo al consumo para calmar los síntomas de dolor, ansiedad y depresión que experimentan, y el sentir que en un corto plazo no presentan mejoría alguna (Escobedo, Vite y Oropeza, 2007).

Asimismo, parte de la población encuestada fue atendida en 1,658 centros de tratamiento no gubernamentales, bajo el modelo residencial no profesional, distribuidos en las diferentes entidades federativas de México (ENA, 2011). En ellos se encontró que un 67.9 % de las personas atendidas tenía niveles de escolaridad básica (primaria, secundaria y bachillerato), de las cuales el 15.7 % aún eran estudiantes de tiempo completo. Por otra parte, según la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes [ENCDE] (2014), dentro de la población de estudiantes de secundaria y de bachillerato, 18.6 % de hombres y 15.9 % de mujeres afirmaron que habían consumido drogas al menos una vez en la vida. Estos datos epidemiológicos muestran la expansión y penetración que tiene el mercado de las drogas en las institucionales escolares de nuestra sociedad.

La distribución de estupefacientes ha logrado invadir los entornos escolares sacándole partido a la vulnerabilidad de la población juvenil, y poniendo en evidencia la falta de una política de Estado adecuada y eficiente para el control del consumo de drogas en este sector. Según las encuestas mencionadas, las drogas inhalables tienen una gran prevalencia a los 14 años de edad. El consumo de tranquilizantes, anfetaminas y cocaína, aun cuando tiende al aumento, lo hace en menor grado que el consumo de marihuana (ENCODE, 2014).

Los datos vertidos hasta aquí, plantean la necesidad de indagar sobre la función que tienen las alternativas institucionales que predominan en México, para atender las adicciones. ¿Son funcionales para rehabilitar a la población drogodependiente? Aparentemente, y según los resultados de las encuestas referidas, la respuesta es negativa. En este sentido, no es gratuito encontrar en la literatura sobre el tema expresiones como esta: «el tratamiento de las adicciones en México ha recibido escasa atención por parte de las autoridades de salud» (Blázquez-Morales, Pavón-León y Gogascochea-Trejo, 2015:180). Sin duda, este tipo de expresiones se basa en la inadecuación de las políticas públicas del Estado mexicano en materia de prevención y tratamiento de las adicciones.

Datos más recientes, proporcionados por el Centro de Integración Juvenil [CIJ] (2017), indican que durante el primer semestre del año 2016 hubo un ligero descenso, en puntos porcentuales, del consumo de drogas ilícitas comparado con el consumo durante el año 2015. El cannabis pasó de 82.6 a 81.8 %, las metanfetaminas de 50.7 a 47.7 %, la cocaína de 45.3 a 35.9 % y los inhalables de 7.9 a 6.6 %, mientras que el crack mantiene el 0.7 % que presentó en 2015. Las benzodiacepinas pasaron de 14.6 a 14.5 % y la heroína de 1.9 a 1.4 %. El éxtasis y los alucinógenos duplicaron su valor, de 1.1 a 3.1 % y 1.5 a 3.1 %, respectivamente. Como se puede ver, las tres drogas más consumidas en orden descendente son cannabis, metanfetaminas y cocaína. Asimismo, la edad de inicio en el consumo de drogas, según este informe, abarca franja setarias que van de 15 a 19 años (35.6 %), de 10 a 14 años (14.8 %), y de 20 a 24 años (13.8 %). Por regiones, el consumo se distribuye de la siguiente manera: noroccidental, 2.8 %; nororiental, 2.4%; Ciudad de México, 1.7 %; norcentral, 1.6 %; occidental, 1.5 %; centro sur, 1.3 %; centro, 1.2 %; y sur 0,6 %. Sinaloa, se ubica en la región de mayor consumo de drogas.

Las tres principales encuestas de adicciones en México (ENA, ENCODE y CIJ) reportan incrementos del consumo de drogas ilícitas, y buena parte del consumo lo llevan a cabo personas muy jóvenes. Esto último dato debe encender las alarmas de los responsables de diseñar e implementar las políticas de salud pública. Se trata de una información preocupante porque durante la juventud los seres humanos experimentan «transformaciones físicas y biológicas, intelectuales y cognitivas, sociales, morales y culturales» (Dávila, 2004: 89), que influyen significativamente en la constitución de su personalidad. De allí la necesidad de prevenir el consumo de drogas durante esta etapa de la vida.

La presencia de consumo en espacios escolares de nivel básico, como lo registra la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes (2014) es muestra suficiente para tomar cartas en el asunto. En México, existen registros de consumo de drogas ilegales a los 10 años de edad (García, 2013). Finalmente, además de la edad temprana de iniciación en el consumo de drogas, también se observa un aumento del consumo por parte de las mujeres. A todo esto hay que agregar el carácter dinámico de la producción y tráfico de estupefacientes. Con frecuencia, se producen nuevas drogas con mayor potencial adictivo.

#### **1.4. El consumo de drogas en el mundo y México**

El consumo de drogas tiene raíces históricas. Desde tiempos remotos, el consumo de coca, opio o cáñamo fue (y sigue siendo) un rasgo cultural de ciertas poblaciones. Se consumía con fines recreativos, religiosos o terapéuticos. Antes de la primera mitad del siglo XIX, no se conocía el consumo de estupefacientes como enfermedad (Escohotado, 2003). Los psicotrópicos se consumían en estado natural durante los rituales de algunas tribus o bien como medicina para aliviar dolores, sentir placer o proporcionar energía.

El progreso de la química cambió ese contexto, al lograr sintetizar las sustancias bases de esas plantas, entre ellas la morfina y la codeína. Luego siguieron la cafeína, la teína, la escopolamina, la atropina, la cocaína, la mezcalina y la heroína. Las drogas comenzaron a ser químicamente procesadas para ser fáciles de dosificar, guardar y comerciar (Escohotado, 2003). Se inicia así la nueva generación de producción de drogas ilegales. A finales del siglo XIX, los gobiernos empezaron la prohibición de su consumo, producción y distribución, ya que se registraban consultas médicas frecuentes con síntomas producidos por estas nuevas entidades químicas de acción central. Se consideró entonces que se trataba de un problema de salud pública (Aza, 2017).

En la actualidad, considerar el consumo de drogas como problema de salud requiere comprender el grado de consumo problemático al que evolucionan los sujetos si no reciben un tratamiento oportuno y adecuado. El consumo se concibe un problema de salud cuando los efectos negativos, físicos y psíquicos, así como también sobre su entorno, son más que evidentes, pasa entonces a denominarse, como ya se ha dicho, consumo problemático (Aza, 2017). Según Aza, existen tres tipos de consumo:

- a) **Uso.** No se evidencian consecuencias en la persona, ya sea por la cantidad, frecuencia, o las características propias del sujeto, como constitución física y psíquica, así como en su entorno sociocultural.
- b) **Abuso.** Se manifiestan consecuencias negativas en la persona o en su entorno, a pesar de la constitución física, psíquica y el contexto social.

- c) Dependencia. La persona dedica la mayor parte del tiempo a consumir y a pensar cómo conseguir la droga para su consumo. Asimismo, la persona idea formas de sobrellevar la recuperación de los efectos secundarios que deja el consumo una vez pasado el efecto gratificante.

Debido a su corta historia como actividad ilegal, el consumo de drogas se considera un problema de salud emergente y está supeditado al ritmo y alcance de la distribución de drogas con mayor poder adictivo. Mientras mayor es ese poder, más probable es que la persona pase de probar para experimentar a convertirse en drogodependiente. Una vez que la persona se hace dependiente, se transforma en un foco de enfermedades infectocontagiosas, lo que constituye un alto riesgo individual y colectivo. Según la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC] (2015), aproximadamente la mitad de la población con consumo en grado problemático utiliza drogas inyectables. Esta modalidad es la principal causa de la transmisión de hepatitis y de VIH. Se estima que 1.65 millones de personas son portadoras de VIH y el consumo de drogas ilícitas produjo 187.100 muertes prematuras durante el año 2013 por daños secundarios a la salud en consecuencia al consumo de drogas ilícitas. Según UNODC, esto representa «una pesada carga para los sistemas de salud pública, en lo que respecta a prevención, tratamiento y atención a los trastornos relacionados con el consumo de drogas y sus consecuencias para la salud» (2015: 3).

En México, el intenso y extenso consumo de drogas plantea la necesidad de dar atención profesional y oportuna a quien debuta en el consumo de drogas, antes de que se instaure la dependencia. El consumo de drogas genera en las personas una pérdida de autocontrol y de fuerza de voluntad que le impide dejar de consumir. A este respecto, la OEA (2013) considera que se debe asumir el reto de prevenir el uso de las drogas por parte de los jóvenes. Lo que hace pensar en que parentemente, en el marco de las políticas públicas de salud, no se ha dimensionado el valor de los factores referidos. Más bien, se ha optado por diseñar e implementar intervenciones prohibicionistas, a través de campañas de difusión con mensajes sobre los efectos negativos de las drogas.

A nivel de intervención, la inversión se ha dirigido a la atención de primer nivel a través de los Centros Nueva Vida, y la llamada *Guerra Contra el Narcotráfico*, sin incrementar el

número de instituciones de atención hospitalaria de tipo profesional. En Sinaloa, se limitan al Centro de Integración Juvenil [CIJ] y a un hospital psiquiátrico que atiende a drogodependientes y también a pacientes con afecciones psiquiátricas de diversa índole.

El CIJ, como institución profesional multidisciplinaria adscrita al sistema de salud, trabaja la prevención, la intervención y el tratamiento de las adicciones. Con una experiencia profesional de más de 45 años, cuenta con 117 centros de atención, de los cuales 13 operan según la modalidad de tratamiento residencial. Sinaloa cuenta con un solo centro que implementa esta misma modalidad, y 8 más que ofrecen tratamiento ambulatorio (Secretaría de Salud, Centro de Integración Juvenil, A. C., 2015). Según la Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2009), «en la mayoría de los países, las necesidades de los servicios supera la disponibilidad de recursos». Esta aseveración se confirma en México. La cobertura para atender a la población problemática consumidora de drogas, que requiere del internamiento para frenar el consumo, es objetivamente insuficiente. De allí que se estén reproduciendo los centros de internamiento operados por civiles, como modelo residencial de tratamiento no profesional o de autoayuda. Estos centros intentan suplir las carencias antes mencionadas, pero lo hacen de manera insuficiente, incluso en ellos algunas veces se violan los derechos humanos básicos (OEA, 2013). La OPS reconoce que en adicciones:

Los trastornos causados por el uso de drogas son pesada carga para los individuos y las comunidades. El uso continuo de drogas puede causar dependencia y discapacidad, además de problemas crónicos de salud. Las consecuencias sociales del uso perjudicial o dependencia de las drogas llegan mucho más allá del usuario y afectan a sus familias y a otras relaciones familiares (p.31).

La afección de las drogas en grado problemático implica alteraciones psicológicas, expresadas en conductas de alto riesgo para sí, para la familia y para su entorno. En este sentido, los consumidores requieren de la intervención profesional para tratar ya sea la intoxicación aguda o la rehabilitación (OPS, 2013). Según la OPS, lo anterior demanda al sistema de salud pública ampliar la cobertura de atención para la población adicta a las

drogas ilícitas, y contar con programas más eficaces para disminuir no solo el consumo, sino la oferta de las sustancias.

La drogodependencia también es reconocida por el Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA, 2015) como un problema de salud, porque, como ya se ha dicho, los consumidores afrontan las prácticas sexuales de manera riesgosa, por ejemplo, no usan preservativos, aumentando significativamente el contagio de enfermedades de transmisión sexual.

### **1.5. La atención institucional hacia los consumidores de drogas**

La OEA (2014) reconoce la drogodependencia como Enfermedad crónica y recurrente. Este organismo considera que la atención de esta enfermedad es competencia del sistema de salud pública. Sin embargo, en México, este sistema no necesariamente se encarga del tratamiento de quienes padecen del consumo de drogas ilegales. Aun cuando investigadores reconocidos como Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera (2013) y Molina (2008), basados en sus estudios, consideran que la drogodependencia debe ser reconocida como problema de salud pública, dentro del sistema de salud que oferta el Estado, responsabilidad que incumple al no tomar cartas en el asunto o, mejor dicho, lo ha hecho de manera parcial e ineficiente. Según la OEA (2013), uno de los problemas de la drogodependencia tiene que ver con la alta prevalencia del estigma asociado al consumo de sustancias ilegales. De allí que, para evitar los inconvenientes relacionados con la «mala fama» del consumo, las personas evitan buscar asistencia o tratamiento para acabar con su adicción. En su lugar, buscan alternativas de tratamiento no profesionales, sin tomar en cuenta la baja calidad de los servicios y, en algunos casos, la violación de sus derechos básicos. En cuanto al tratamiento de segundo nivel de atención, la OEA (2013) refiere éste presenta serias limitaciones que dificultan acceder a los servicios médicos a la población usuaria de drogas, específicamente menciona:

En algunos países, la oferta de tratamiento solo está disponible en zonas aisladas o en asilos, a veces durante períodos largos, sin evaluación periódica del progreso del paciente. Los servicios pueden estar ubicados lejos de la comunidad habitual de residencia de la persona o se prohíbe el acceso a visitantes o la participación de la familia. Con frecuencia, estos servicios se prestan sin la supervisión médica necesaria, y no se cuenta con los

estándares mínimos de atención o las medidas de seguimiento y evaluación para garantizar el tratamiento. El costo del tratamiento debe ser cubierto directamente por el paciente o familiares, haciéndolo inaccesible a la mayoría de las personas que lo necesitan. De tal manera que los grupos más vulnerables, de personas sin hogar y otros grupos marginados pueden no tener acceso a estos servicios (pp.49-50).

En torno a los servicios de atención a la drogodependencia, Blázquez-Morales, Pavón-León y Gogeochea-Trejo (2015) afirman que, en México durante décadas, la atención de las adicciones ha sido asumida por organizaciones civiles de ayuda mutua en modalidad de ambulatorio y/o residencial. Según datos del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA] (2012) existen Centros de Tratamiento y Rehabilitación no Gubernamentales que operan como centros de rehabilitación de ayuda mutua, los cuales tienen como plataforma valorativa principios religiosos. Durante el año 2016, estos centros atendieron a 934,665 usuarios con una media de 40,637 ingresos anuales, con un promedio general de reingresos de 35,374 de hasta diez eventos por año. Es la población masculina la que ocupa la mayor demanda con un 88.9 % en edades promedio de 30.49 años. La droga de inicio más consumida fue el cannabis (89.3 %). La droga ilegal de impacto fue el cristal con 22.9 %, seguida del cannabis (14.3.7 %), según el reporte del SISVEA, (2016).

El gobierno mexicano, a través de su discurso escrito en el *Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-2018* (Secretaría de Salud: PAE/PDNA, 2013-2018) muestra evidencia de que las autoridades gubernamentales y de salud tienen plena conciencia del problema que constituye la drogodependencia en nuestro país, puesto que «consideran la prevención del consumo de drogas, la reducción de factores de riesgo y el fortalecimiento de los factores protectores mediante la promoción de estilos de vida saludables, como acciones esenciales para disminuir la demanda de sustancias con potencial adictivo» (p.17). Con ello, reconoce la necesidad de ofrecer tratamiento profesional a «quienes padezcan la dependencia a las drogas, brindar tratamiento especializado, rehabilitación y apoyo para su reinserción social» (p.17). Sin embargo, este discurso se contradice con las pocas unidades de atención que se tienen para abordar el problema del consumo de drogas en grado problemático que requieren de internamiento y atención multidisciplinaria. En el caso de la realidad mexicana, tal como afirman la OPS y

la OEA, la demanda de atención a las adicciones supera los recursos disponibles para atenderlas.

El discurso del gobierno mexicano tiene claro que el consumo de drogas en nuestro país es un problema, pero en la práctica no ha podido responder a la demanda de atención de los consumidores. El gobierno tampoco ha hecho nada para cambiar los determinantes estructurales que llevan a la población al consumo, así como tampoco ha desmantelado las redes de producción y distribución de drogas. Contrariamente, la pobreza como condición estructural social determinante, ha favorecido el ingreso de familias pobres al oscuro y peligroso mundo del narcotráfico a través del consumo o de la distribución según Gómez y Almanza (2016). En su postura, asumen que «el consumo de drogas y la adicción a las mismas generan grandes problemas en la economía y en la salud de las familias y comunidades de los sectores más desprotegidos que regularmente las consumen» (p.447). Estos sectores han sido los más vulnerables a la violencia generada por la guerra fallida contra el narcotráfico, emprendida por el ex presidente Felipe Calderón Hinojosa en el año 2006, y continuada por el actual presidente de la República Enrique Peña Nieto, a partir de 2012. Esta guerra, hasta el momento perdida, ha significado más pérdidas de vidas, de seguridad y de paz (Daniel y Zepeda, 2015).

## **1.6. Justificación**

Tal como se ha expuesto, la pobreza es una condición de riesgo que favorece el consumo de drogas. En Sinaloa, la pobreza es más que visible. Según CONEVAL (2015), los indicadores de pobreza por carencias sociales muestran:

- Rezago educativo de 15.8 % (472.3 miles de personas).
- Servicios de Salud 14.7 % (439.6 miles de personas).
- Calidad y Espacios en la Vivienda de 8,2 % (246.3 miles de personas).
- Alimentación de 23.3 % (697.5 % de personas).
- Seguridad Social de 49.1 % (1,469.5 miles de personas).
- Servicios Básicos en la Vivienda de 14.0 % (420.3 miles de personas).

Dicho de otra manera, 3,523.5 miles de personas padecen pobreza estructural y, por tanto, en riesgo de iniciarse en el consumo de drogas o participar en su comercio y distribución. Tal como lo refiere Bovino (2016: 50), «el narcotráfico tiene una elevada correlación con la pobreza, [...], las condiciones socioeconómicas han sido determinantes en la incorporación al negocio de sujetos provenientes [...], de los estratos empobrecidos con un bajo nivel de instrucción».

En México y, particularmente, en Sinaloa, es innegable que el incremento de la violencia y de la inseguridad tiene relación con el incremento de la producción, distribución y consumo de drogas. En este sentido, el incremento del consumo de sustancias ilícitas reportado por ENA (2011), ENCODE, (2014) y CIJ (2017) es sistemático y obliga a la reflexión sobre el tema y a su estudio desde una perspectiva más amplia que la actual. Entonces, primero, el cristal, como droga sintética de alto impacto, se ubica en el segundo lugar de consumo. Se trata de un dato alarmante debido a las propiedades rápidamente adictivas del cristal, lo que conduce al desarrollo del síndrome de desgaste físico y alteración mental aguda. Segundo, en Sinaloa se comienza a consumir drogas a edades tempranas. Así, el riesgo de daño estructural del cerebro aumenta significativamente, puesto que el desarrollo del núcleo accumbens aún no ha culminado. Cabe aclarar que este núcleo está funcionalmente asociado a procesos como el placer, la risa, el miedo, la agresión y la adicción.

Lo dicho en el párrafo anterior plantea un escenario preocupante porque esos factores, entre otros, favorecen la evolución de los conflictos contextuales generados por el consumo, comercio y distribución de las drogas. Es necesario, entonces, insistir en que las personas que consumen drogas en grado problemático, en el que se generan problemas del ámbito personal y colectivo, de tipo orgánico o social obtengan un tratamiento profesional integral oportuno para disminuir su morbimortalidad y la pauperización personal y social a la que suelen llegar una vez que han entrado en la espiral de la adicción.

En Sinaloa y, específicamente, en Culiacán, predominan los centros de internamiento privados y de asociaciones civiles denominados centros de ayuda mutua y centros religiosos. Hasta el año 2012, el Consejo Sinaloense Contra las Adicciones [COSICA] tenía registrados 86 centros de internamiento (COSICA, 2012). En 2016, este número disminuyó a 20 unidades residenciales reconocidas, de las cuales 11 son de ayuda mutua, 6 mixtas y 3

profesionales. Sin embargo, durante el trabajo de campo se corroboró que son más las unidades que operan de manera informal. Así, el objetivo de la investigación que aquí se presenta ha sido comprender y analizar la función que estos centros de internamiento tienen para la rehabilitación del sujeto drogodependiente, a partir de la información generada por personas que viven internadas en esos centros. Lo que interesa es comprender cómo construyen la experiencia de habitar e interactuar en entornos de comunidad terapéutica y, correlativamente, comprender la función social de estos centros. Este acercamiento se hizo teniendo como punto de partida teórico el concepto de comunidad propuesto por Úcar (2013), es decir, la comunidad es una entidad viva y en movimiento, que se teje a través de las personas que la integran, sus roles y funciones cotidianas y las organizaciones con las que interactúan y negocian.

Si bien, las comunidades terapéuticas como centros de tratamiento en adicciones tienen el mayor número de estudios realizados tanto en Europa como en Estados Unidos (Blázquez-Morales, Pavón-León y Gogeochea-Trejo, 2013), en México las investigaciones al respecto son escasas, y predominan las que se rigen por los valores y procedimientos del paradigma cuantitativo. Algunos de los intereses salientes de estas investigaciones han sido las sustancias de consumo, la terminación de los tratamientos, la comparación entre terapias de intervención, la presencia de comorbilidades, la calidad de la atención, las condiciones socio-sanitarias, entre otros. En ese sentido, esta investigación parte de la necesidad de ofrecer un conocimiento alternativo desde una perspectiva cualitativa que tome en cuenta, como recurso principal, la voz a las personas, para que hablen del consumo de drogas ilegales desde su experiencia de vida tal como ocurre durante el internamiento y de las prácticas de intervención utilizadas para su proceso de rehabilitación. Más aún, esta mirada cualitativa ha permitido recibir de los internos del modelo residencial no profesional de atención a las adicciones, sus construcciones sobre el encierro, cómo ven y experimentan las normas, castigos e incentivos como dispositivos de regulación de la vida cotidiana en esos espacios. Esto y más es necesario para comprender el marco sociocultural que justifica (o no) esta modalidad de tratamiento.

Hasta ahora, los centros de rehabilitación son evaluados por la NOM-028-SSA-2009<sup>4</sup>, esta valora la estructura física y los recursos humanos que posee la institución. Con esta investigación, se ofrece una mirada que va más allá de la perspectiva normativa. La vida de los internos, contada por ellos mismos, puede contribuir a la reflexión sobre la función social que tienen estos centros ante el incremento de la drogodependencia que, a diferencia de la hipertensión, que no duele pero si mata según Martell<sup>5</sup> (2016: 119), el consumo de drogas en grado problemático sí duele y mata como enfermedad mental.

Por todo lo anterior, y ante la ausencia en Sinaloa de estudios cualitativos de acercamiento etnográfico a estas comunidades residenciales de intervención en adicciones, resulta pertinente la investigación que aquí se presenta. En efecto, la perspectiva que se ha puesto en práctica cuenta con elementos concretos obtenidos directamente de las personas afectadas, lo que añade sustancia a la reflexión y el análisis de la función que el modelo en cuestión tiene en el tratamiento de las adicciones. Asimismo, también se construye un marco de referencia sobre cómo el modelo residencial no profesional en adicciones se ha consolidado como estrategia de tratamiento predominante en el estado de Sinaloa. Dicho esto, se presenta la pregunta de investigación que sirvió de punto de partida para este estudio.

### **1.7. Pregunta de investigación**

¿Cómo se construye la funcionalidad del modelo residencial de tratamiento no profesional en adicciones y sus prácticas de intervención, desde la perspectiva de algunas personas drogodependientes internadas en algunos centros de internamiento de la ciudad de Culiacán Rosales, Sinaloa?

### **1.8. Objetivo general de la investigación**

Analizar la construcción del modelo residencial de tratamiento no profesional a las adicciones y las prácticas que lo configuran, desde la perspectiva de personas con consumo

---

<sup>4</sup> Norma Oficial Mexicana 028-SSA-2009 contenida en la Ley de Salud Mexicana, emite los criterios referentes a la atención en prevención e intervención de segundo nivel para los centros que atienden adicciones.

<sup>5</sup> «Se dice de la hipertensión que *no duele, pero mata* y quizás esa lógica pueda aplicarse a los problemas de índole mental» (p.119).

de drogas ilegales en condición de internamiento en centros de rehabilitación para comprender su funcionalidad en la rehabilitación.

### **1.9. Objetivos específicos**

1). Describir las experiencias de las personas drogodependientes bajo tratamiento del modelo residencial no profesional a las adicciones, a partir de sus relatos sobre el consumo de drogas ilegales y las prácticas cotidianas que viven durante su internamiento.

2). Analizar las experiencias de la personas drogodependientes relacionadas con el consumo de drogas ilegales y los internamientos bajo el modelo residencial de tratamiento no profesional a las adicciones.

## **CAPÍTULO II: ESTADO DEL ARTE**

### **2.1. Una mirada a las investigaciones sobre el modelo residencial como tratamiento de las adicciones**

Como fue planteado en el primer capítulo, el consumo de drogas ilegales en grado problemático es la causa principal de ingreso al modelo residencial de tratamiento. El objetivo principal de este modelo es rehabilitar a la persona drogodependiente. El modelo residencial de tratamiento no profesional a las adicciones ha sido identificado como Comunidad Terapéutica, Centros de Rehabilitación o Anexos. Murcia y Orejuela (2014) enumeran varios aspectos que han sido investigados sobre el modelo residencial de tratamiento a personas que sufren de la adicción a las drogas ilegales, tales como «instalaciones, planta física, ubicación, concepción de la persona adicta al ingresar al proceso, principios de comunidad, etapas de tratamiento, objetivos del tratamiento, participantes y métodos empleados» (pp.158-159).

Según Blázquez-Morales *et al.* (2015: 82), «son los centros con el mayor número de estudios publicados sobre la evaluación de sus programas de tratamiento». Las ciencias biológicas han investigado e intervenido más desde el paradigma cuantitativo, explorando aspectos relacionados con la función de la institución, los efectos de determinadas técnicas terapéuticas, drogas de consumo y respuesta a fármacos de tratamiento.

En América Latina, las adicciones se han convertido en un problema de salud pública que abarca la esfera política y la económica, caracterizado por particularidades asociadas a los procesos de atención en el tratamiento y la intervención profesional que deben responder a las necesidades de las personas que padecen la adicción (Díaz y Palucci, 2010). Esto plantea la necesidad de revisar los aportes de investigaciones sobre el tratamiento residencial de comunidad terapéutica basado en el internamiento y la ayuda mutua, para tener elementos que amplíen la comprensión desde disciplinas diversas como la sociología, la antropología, la psicología y el trabajo social.

Al ser la drogodependencia reconocida como un problema estructural, con manifestaciones socioculturales producto de desigualdades sociales que condicionan entornos de riesgo e incremento de la vulnerabilidad en los seres humanos para el consumo de drogas, surge la

necesidad de explicar el objeto de estudio en el campo académico del trabajo social, desde el modelo sociocultural (Ovalle, 2009), para dar cuenta, desde esta dimensión, del contexto del consumo de drogas y, específicamente, del modelo residencial de tratamiento no profesional.

## **2.2. Antecedentes del modelo residencial de tratamiento en adicciones denominado comunidad terapéutica**

El surgimiento y desarrollo de las comunidades terapéuticas de tratamiento a las adicciones estuvieron muy relacionados con movimientos políticos sociales, económicos y científicos, en respuesta al fracaso de algunos estudios basados en el paradigma positivista, las cuales asumían que el consumo de drogas era una enfermedad mental (Rodríguez, 2009). Estos estudios se han interesado más en los efectos que producen las drogas y en la intervención residencial que, aún hoy en día, se agrupan en comunidades terapéuticas profesionales y no profesionales, para atender la drogodependencia.

Según la OMS, la drogodependencia es «un trastorno que se puede tratar de manera eficaz, pero lamentablemente la gran mayoría de los afectados no tienen acceso al tratamiento que necesitan» (2012, segundo párrafo). Esta afirmación se basa en el hecho de que «la disponibilidad de tratamiento de la drogodependencia está muy por debajo del tratamiento y la atención ofrecida para otras enfermedades» (OMS, 2012, quinto párrafo).

En el mercado de las drogas, cada vez más se producen y distribuyen sustancias que causan daños mayores. Se trata de sustancias que inducen con más celeridad el grado problemático de su consumo, como las derivadas de las metanfetaminas, v.g., el cristal, con mayor grado de toxicidad que agudizan el síndrome de abstinencia (Jiménez y Castillo, 2011). Quien las consume puede llegar a requerir el internamiento basado en el modelo residencial. El poder adictivo de las drogas y lo difícil que puede resultar dejar de usarlas desarrollan consecuencias personales, familiares y sociales con serias repercusiones en la salud. En este sentido, Rodríguez (2009) y Marín-Navarrete *et al.* (2013) plantean que esta enfermedad ha rebasado la capacidad del Estado para dar tratamiento a través del modelo profesional de sus instituciones públicas de salud. Ante esta situación, «una de las formas más usuales que ha tomado la organización social, en muchos países para responder al problema de las

adicciones son los grupos de ayuda mutua» (Marín-Navarrete *et al.*, 2013: 394). En este mismo sentido, al analizar las Comunidades Terapéuticas, Marín-Navarrete *et al.* (2013) sostienen que:

Las Comunidades Terapéuticas surgen como alternativas a la asistencia hospitalaria incapaz de dar respuesta a las nuevas demandas, por falta de infraestructura, pero sobre todo por la preponderancia de posicionamientos teóricos y conceptualizaciones discriminatorias segregantes, y la falta de profesionales capacitados específicamente para abordar los trastornos adictivos (p.322).

Desde el punto de vista de Rodríguez (2009), es necesario conocer más sobre el origen y el por qué de la legitimación social del modelo residencial como tratamiento alternativo de la drogodependencia. Si bien el consumo de drogas ha acompañado a la humanidad desde hace mucho tiempo, los humanos han querido conocer sus causas y cómo tratarlo, y se han planteado, a lo largo del tiempo, una gran diversidad de intervenciones, dando origen a modelos de intervención profesionales multidisciplinarios. Sin embargo, persisten y predominan las unidades de intervención empíricas, denominadas no profesionales, las que han servido de contención ante el consumo de drogas en grado problemático. A pesar de ser la forma más común de instituciones residenciales, en su carácter de ayuda mutua o religiosa para tratar a pacientes drogodependientes, aún se carece del conocimiento suficiente sobre la eficacia que tiene este modelo de intervención en adicciones (Murcia, y Orejuela, 2014).

El nacimiento de las Comunidades Terapéuticas se debe al trabajo de diferentes personalidades de las cuales se hablará a continuación. Según Muñoz (1996), el creador del modelo residencial fue el Padre Marcos López, quien afirmaba que la «comunidad terapéutica es el espacio para que el hombre pueda revisar tan solo una vez en su existencia el proyecto personal de vida». El mismo Muñoz (1996) afirma que las Comunidades Terapéuticas, como espacios residenciales, se «han apoderado de todo el mundo» (p.25), sin que esto represente una casualidad. Por su parte, Muñoz (1996) señala a Thomas Main como el precursor del concepto de Comunidad Terapéutica, en el año 1946. Main observó que los roles, acciones y actividades ejecutadas por los integrantes de las comunidades residenciales transformaban a los pacientes internados. Más tarde, en 1952, el psiquiatra Maxwell Jones, sistematizó lo que Main había iniciado, y utilizó esta técnica para tratar a

pacientes psiquiátricos. Muñoz (1996) describe a Jones como un gran visionario y, de hecho, a partir de su trabajo se construyó el modelo de intervención residencial para tratar a personas con padecimientos psicopatológicos.

En Estados Unidos, el precursor del Modelo de Comunidad Terapéutica fue Charles Dederich en la década de 1950 (Muñoz, 1996). Dederich era un alcohólico en grado problemático, y se recuperó gracias al programa de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos. Dederich llegó a la conclusión de que el trabajo grupal era la mejor arma contra el poder adictivo de las drogas, idea que está en la base de la creación del modelo de comunidad terapéutica. Dederich fundó, en Santa Mónica, California, el primer grupo de Comunidad Terapéutica denominado «Synanon», el cual degeneró debido a que sus miembros se rindieron al culto de un «salvador». Por otra parte, según Sánchez-Mejorada (2013), el psiquiatra Daniel Casriel con apoyo del Monseñor William O'Brien desarrolló la Comunidad Terapéutica Daytop, en 1962 en New York. Daytop estaba orientada a la atención de pacientes que padecían de adicción a sustancias ilegales, alejándolos del contexto donde tenían contacto con las drogas. Este centro funcionaba según un régimen jerárquico y, en general, era un sistema autoritario. Era un requisito indispensable de Daytop que solo podía ingresar la persona que reconociera su problema y quisiera solucionarlo, y, una vez dentro, imperaba el modelo de autoayuda.

Según Muñoz (1996) y Sánchez-Mejorada (2013), el ingreso voluntario de los pacientes hacía que se viera como si las personas hubieran elegido rehabilitarse. En este sentido, el principio era que debían ser los mismos sujetos que ya no consumían drogas quienes rehabilitaran a otras personas que estuvieran pasando por lo mismo. A los ex drogodependientes se les denominaba «exadictos». En este sentido, el modelo reconocía y explotaba la capacidad del sujeto para recuperarse a través de una comunidad, con personas que compartían una experiencia de vida marcada por las adicciones a las drogas.

En Italia, uno de los precursores del modelo terapéutico fue Tony Guellormino, seguido por Don Mario Picchi (Muñoz, 1996). Ambos crearon el «Proyecto Hombre» en 1967, el que actualmente es ejemplo de formación en Comunidades Terapéuticas para drogodependientes en Europa, y se ha esparcido por el resto del mundo tal como ha sucedido con el proyecto Daytop de Estados Unidos. El Proyecto Hombre ha llegado a ser

referencia para otras Comunidades Terapéuticas surgidas en países como Colombia, Bolivia, Brasil, Ecuador, Perú, Chile y Argentina, donde opera el programa Andrés. El nacimiento del modelo residencial como comunidad terapéutica, tal como ha sido referido hasta aquí, resalta la importancia que ha tenido la sociedad civil a la hora de buscar alternativas para atender la drogodependencia.

Según Comas (2006), en España, durante los años 1979-1986, se dieron las primeras formas residenciales de atender personas con adicciones en un contexto de condiciones precarias, debido a que solo disponían de apoyo público de iniciativa social. Digamos que Muñoz (1996) y Comas (2006) coinciden sobre el origen de «Comunidad Terapéutica» a partir de la experiencia de Dederich Charles tras haberse recuperado de su alcoholismo problemático aplicando la metodología de los doce pasos de AA. En cambio, Molina (2011) y Pérez (2011) consideran que esta modalidad surgió en Alemania en la década de 1930, con las enseñanzas del psicoanalista de origen judío Ernst Simmel.

Según Pérez (2011), la propuesta de Simmel se caracterizó por tratar al paciente drogodependiente *in situ*. El propósito de la comunidad terapéutica era rehabilitar y reinsertar a la persona en en la familia y en la sociedad. En su modelo, se diseñaba un plan individual para cada residente con base en las observaciones reportadas por el personal asistente durante el proceso de atención. Las observaciones se entregaban a Simmel y en conjunto se operaba la intervención. Simmel afirmaba que el quehacer de la Comunidad Terapéutica consistía en depositar la confianza en los recursos personales, tanto del sujeto drogodependiente como de los rehabilitadores. A este proceso se sumaba la intervención de la familia y, a través de este sistema de tratamiento, se formaba a nuevos rehabilitadores. Este modelo residencial basado en Comunidad Terapéutica se fundamenta en el encierro, la observación constante de los internos y la participación familiar.

La metodología implementada por Simmel se denominaba «metapsicología», y su fin era interpretar la evolución de los internos en ese ambiente comunitario (Pérez, 2011). En resumen, el método comprendía los siguientes pasos: a) tratar al paciente *in situ*; la convivencia en una estructura diseñada para tal efecto, b) el personal que atendía trabajaba en equipo, elaborando planes individualizados para cada paciente, para conocer los objetivos a lograr en cada uno, c) se trabajaba el contexto familiar y sus roles, si el caso lo

ameritaba, d) en el sistema de comunidad terapéutica se trabajaba a la par en la formación de nuevos terapeutas basándose en la práctica contextualizada. Así, se llegó a concebir el Centro de Comunidad Terapéutica como un lugar de entrenamiento, donde los pacientes iban regulando su conducta y encontraban alternativas para superar sus tendencias adictivas.

En años recientes, Murcia y Orejuela (2014) realizaron una investigación sobre el origen de la Comunidad Terapéutica. Llevaron a cabo una revisión bibliográfica incluyendo artículos publicados entre 1994 y 2013. Los autores encontraron que el modelo de tratamiento de las adicciones para sustancias psicoactivas, surgió entre 1920 y 1930, en Estados Unidos. El modelo era aplicado por órdenes religiosas, con una práctica de intervención no-profesional y no-institucional en respuesta al incremento del alcoholismo y del consumo de heroína. Los tópicos más estudiados sobre las Comunidades Terapéuticas de autoayuda, según Murcia y Orejuela (2014), son: los métodos de tratamiento empleados en entornos residenciales; los objetivos que se desarrollan en las intervenciones; las características de los participantes como usuarios del servicio; cómo se concibe a la persona al ingresar a la unidad de tratamiento; las etapas del tratamiento que ofrece este modelo residencial; los principios de la comunidad terapéutica; la duración del tratamiento; valoración de las instalaciones de las unidades; y, finalmente, con menor frecuencia, se han estudiado las dinámicas de interacción empleadas como tratamiento en las Comunidades Terapéuticas.

Sobre el Modelo Residencial de Comunidad Terapéutica se han realizado diversos estudios desde la perspectiva psiquiátrica, por ejemplo, los de Marín-Navarrete (2013) y su núcleo de investigadores del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Según este autor, existe una gran variedad de unidades que ofrecen el servicio de internamiento para drogodependientes, las que difieren entre sí en relación a la estructura física. Algunas de estas unidades, debido a su espacio reducido y a la alta demanda de usuarios, funcionan en condiciones de hacinamiento. Asimismo, dentro de las unidades hay estructuras jerárquicas impuestas por los ex drogodependientes, quienes aplican su experiencia personal de abstinencia al consumo de drogas, cosa que varía de una unidad a otra. Esta experiencia se traduce en prácticas de intervención aplicadas a las personas con consumo problemático de drogas en condición de internamiento.

Desde la antropología, se han llevado a cabo estudios etnográficos como el de Bianchi y Lorenzo (2013), quienes problematizan algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas. Estos mismos autores hacen una revisión de algunas de las características del modelo residencial y ambulatorio, desde la perspectiva de los usuarios durante su proceso de rehabilitación. En el mismo ámbito, Fiestas y Ponce (2013) hacen una revisión sistemática de las publicaciones que abordan la eficacia de las comunidades residenciales como tratamiento para uso de sustancias psicoactivas. Los autores encontraron que no existe evidencia empírica suficiente que sustente una eficacia superior de la Comunidad Terapéutica frente a otras alternativas terapéuticas en el tratamiento de las adicciones. Este estudio coincide con el de Murcia y Orejuela (2014), basado en la elaboración de un estado del arte de las comunidades terapéuticas.

### **2.3. Comunidad terapéutica: su conceptualización y objetivos**

El *National Institute On Drug Abuse* (NIDA) define las comunidades terapéuticas que tratan problemas de drogodependencia como «ambientes residenciales libres de drogas, que usan modelos jerárquicos con etapas de tratamiento que reflejan niveles cada vez mayores de responsabilidad personal y social» (NIDA, s.f.). Se trata de ambientes para el proceso de rehabilitación de los drogodependientes que involucran actividades orientadas a restablecer el estado físico y emocional, y al desarrollo y consolidación de habilidades, valores sociales y hábitos de convivencia sana, que conduzca a la persona no solo a la deshabitación del uso de las drogas, sino a la rehabilitación psicosocial que la prepare para desempeñarse plausiblemente en el ambiente externo. Este proceso requiere de 6 a 12 meses de internamiento, pudiéndose extender hasta 3 años (Mejía y Cano, 2010). En la actualidad, hay modelos residenciales que combinan etapas de tratamiento alternados con modalidad ambulatoria.

Por su parte, la Federación Latinoamericana de Comunidades Terapéuticas [FLACT], en su declaración de Perú 2015, define las comunidades terapéuticas como:

Un dispositivo de salud integral de carácter humanista, con un enfoque biopsicosocial que incorpora la dimensión trascendental de la persona en cualquier etapa de su ciclo vital, articulando estrategias terapéuticas y socioeducativas, avaladas por la experiencia científica, donde todas las personas

son atendidas respetando sus características individuales, familiares y socioculturales (FLACT, 2015, Declaración inscrita como número uno, en su documento electrónico).

En las definiciones anteriores se puede apreciar la concepción que se tiene de la persona drogodependiente. En este modelo, desde una perspectiva profesional, se considera al usuario de drogas como una persona enferma que requiere de un tratamiento integral. Por lo tanto, se asume que la persona hay que atenderla como una entidad conformada por factores biológicos, psicológicos y sociales, a lo que se debe incorporar una interacción dinámica entre la persona y el medio sociocultural donde se desenvuelve. Solo así se justifica la participación necesaria de un equipo multidisciplinario para tratar el problema de adicción a las drogas ilegales con un objetivo único pero complejo: reincorporar a la persona drogodependiente a la familia y a la sociedad.

La FLACT, como representante de los entornos residenciales registrados para el tratamiento de las adicciones, reconoce que en América Latina existen dos elementos importantes por los que atraviesa el tratamiento al consumo de drogas ilegales en grado problemático:

1. La presencia de serias dificultades para que la sociedad civil gestione los servicios de Comunidad Terapéutica.
2. El estigma de ser mujer, que se manifiesta porque la mujer drogodependiente no busca el internamiento ante el temor de no poder sobrellevar el síndrome de abstinencia en el encierro.

La FLACT (2015) también afirma que existen grupos que trabajan la recuperación de drogodependientes en forma no profesional. Esto lo han constatado Paris, Pérez y Medrano (2009), quienes realizaron una investigación en un centro de internamiento en Tijuana, México. Su objetivo fue documentar el estigma y la discriminación de los usuarios en proceso de atención y sus familias. Los autores encontraron que hay un acceso insuficiente a servicios profesionales y, en los pocos que existen, se da una constante transgresión a las garantías individuales y a la seguridad jurídica de las personas internadas durante el proceso de atención por parte de policías. Estos hallazgos no responden a la filosofía ni a los códigos de calidad de una institución cuya función es tratar una adicción para rehabilitar

a las personas afectadas por ella, según lo estipulado por organismos internacionales como las ONU, la OPS, la OEA y la FLACT.

Autores como Molina *et al.* (2011) describen las Comunidades Terapéuticas de autoayuda como un instrumento social. En efecto, funcionan como grupos de autoayuda, pero al mismo tiempo desarrollan entre sus usuarios el análisis de las identidades sociales. Consideran que al fijar su posición ante las obligaciones y los deberes, los internos desarrollan un progresivo respeto y confianza entre ellos durante el proceso de intervención. Por ello, las comunidades terapéuticas pueden ser concebidas como laboratorios sociales que permiten aprender y corregir los modos de relación y las carencias sociales de cada uno de sus miembros.

Asimismo, Romero, Cuadra, Cousins y Santibáñez (2008) proponen que durante el tratamiento grupal residencial de Comunidad Terapéutica debe generarse un cambio integral del estilo de vida del usuario, incluyendo la abstinencia del consumo de sustancias ilícitas, la eliminación de comportamientos antisociales, la promoción de la búsqueda de empleo y la recuperación de valores y actitudes que ayuden a la reincorporación social de la persona que padece de las adicciones que ha estado internada por largos periodos de tiempo.

Según Romero *et al.* (2008), el tratamiento basado en terapia grupal disminuye los niveles de ansiedad, lo cual ayuda a trabajar mejor el proceso de rehabilitación. Asimismo, estos autores afirman que el tratamiento de las adicciones basado en comunidad terapéutica tiene su fundamento en el manejo colectivo de las problemáticas que enfrenta cada persona drogodependiente. Siguiendo estas ideas sobre la comunidad terapéutica, López-Fernández, Román-Jiménez, Castello-Cuelled y García-Claver (2013) han considerado que estas constituyen un tratamiento enmarcado en un contexto institucional o residencial, donde se hace énfasis en valores socioculturales positivos, con lo que se busca la rehabilitación quienes padecen la drogodependencia. Según estos autores, los entornos residenciales de las Comunidades Terapéuticas se caracterizan por tener como prioridad desarrollar la corresponsabilidad entre los internos y sus rehabilitadores. Así, se puede apreciar que las diversas investigaciones sobre Comunidades Terapéuticas encuentran que estas se sustentan

en el tratamiento basado en la terapia grupal donde se tematizan todas aquellas experiencias sobre el consumo de drogas y problemáticas vividas por los participantes.

Como se puede observar, los hallazgos de las diferentes investigaciones sobre la intervención basada en el internamiento de comunidad terapéutica coinciden en la aplicación de terapia grupal, en la que los internos exponen aquellas experiencias personales que consideran influyeron para su acercamiento a las drogas. Por lo general, hacen referencia a sus entornos familiares y a los espacios de convivencia donde consumían antes de llegar al internamiento. Según los autores, hablar de estas experiencias tiene como objetivo transformar a partir de las observaciones y los comentarios, los hábitos problemáticos desarrollados por el uso de drogas y transformarlos en actitudes de convivencia sana y de respeto hacia los integrantes de la familia residencial. A esto se suma la abstinencia y el alejamiento tanto del entorno familiar de origen como de la comunidad donde tuvieron acceso a las sustancias de consumo.

#### **2.4. Sustento teórico del funcionamiento de comunidad terapéutica**

Según Murcia y Orejuela (2014), en el modelo de comunidad terapéutica predominan las perspectivas basadas en principios religiosos. Su estructura general es de tipo teórico-práctico. En Colombia, por ejemplo, las diversas instituciones de rehabilitación, en su mayoría, tienen una orientación cristiana, mientras que otras combinan enfoques psicoterapéuticos. En este sentido, se han identificado dos orientaciones ideológicas predominantes: las comunidades terapéuticas de tipo religiosas cristianas y las de carácter laico.

Otras investigaciones han contribuido identificando las características que definen a las Comunidades Terapéuticas, por ejemplo, la realizada por Molina, González y Montero (2011), quienes hicieron una evaluación basados en los criterios de Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades (matriz DAFO). Los autores revisaron estudios sobre las Comunidades Terapéuticas y encontraron que poseen un cuerpo teórico amplio con datos desde hace 50 años. Según Molina *et al.* (2011), entre las fortalezas de las Comunidades Terapéuticas encontraron que brindan satisfacción a los pacientes y familiares en general. Asimismo, permiten la abstinencia a largo plazo y favorecen la adquisición de hábitos y

costumbres de convivencia familiar. Algunas comunidades terapéuticas asumen una visión bio-psico-social de la persona, lo que facilita su recuperación debido a que se orientan al fortalecimiento del vínculo entre los seres humanos. Por esas características, consideran que la comunidad terapéutica es un tratamiento universal que desarrolla el reconocimiento mutuo entre rehabilitador y rehabilitado.

Murcia y Orejuela (2014) encontraron que estas comunidades residenciales de tratamiento a las adicciones aplican al menos dos formas de intervención, una basada en la terapia con principios clínicos de intervención interdisciplinar y con fundamentos científicos, y otra donde predomina la espiritualidad, específicamente, principios ideológicos y religiosos basados en *la palabra de Dios*. Esta segunda forma de intervención usa la religión como instrumento para la rehabilitación, dando soporte espiritual como alternativa única o combinándolo con otros métodos de intervención profesionales o empíricos. En investigaciones más recientes, los centros de internamiento han sido sede de investigaciones sobre el estigma que desarrollan las personas drogodependientes (Mercado y Briseño, 2014).

## **2.5. La función de comunidad terapéutica como tratamiento residencial en adicciones**

Las Comunidades Terapéuticas como entornos residenciales para tratar a las personas con drogodependencia se han convertido en una forma alternativa de tratar las adicciones en grado problemático. A su vez, han servido como punto de encuentro y desarrollo para realizar investigaciones en el campo de la drogodependencia desde diferentes perspectivas científicas. En este sentido, han sido el núcleo para el tratamiento y abordaje de los múltiples efectos psicosociales que producen las drogas en las personas consumidoras y en sus entornos. Los estudios referidos arriba permiten ver la capacidad del ser humano de buscar el reencuentro consigo mismo, y trascender su propia situación problemática, es decir, superar lo vivido en el mundo adverso de las drogas. Al respecto, Molina *et al.* (2011) dicen que en las comunidades terapéuticas predomina la intervención realizada por ex drogodependientes. Al ser así, el contacto entre profesionales e internos es reducido. El foco del tratamiento está en usar la experiencia de vida para resolver su propio problema. Los ex usuarios de drogas hablan sobre cómo lograron abandonar el consumo de drogas ilegales y cómo se rehabilitaron, en el entendido de que sus vivencias facilitan el proceso de

recuperación de las personas internas en las unidades residenciales por largos periodos de tiempo, mientras que las familias los dejan a libre disposición de esos modelos de intervención.

Molina *et al.* (2011), también refieren que existen mitos y leyendas alrededor de la noción y la práctica de Comunidad Terapéutica. Algunas personas sostienen que la experiencia beneficiosa para un individuo puede generalizarse así sin más, cosa que se evidencia en enunciados como este: «si a mí me ha servido, sirve para todos». Otras consideran que el tratamiento de la adicción es un asunto que solo compete a quienes pertenecen o han pertenecido a ese mundo; un enunciado afín a esta postura es el siguiente: «el mejor médico para el drogodependiente es otro drogodependiente». Estos puntos de vista se basan en supuestos empíricos desarrollados por las personas que han logrado salir de las adicciones de grado problemático, sin la ayuda profesional. En este sentido, la experiencia de recuperación de las adicciones que lograron les ha permitido construir la idea de que los entornos no profesionales son los más convenientes. Esta posición se apuntala con una sobrestimación de la propia experiencia, es decir, las personas que abrazan esta perspectiva consideran que el profesional no ha sido un adicto y, por lo tanto, no conoce la enfermedad, y si no la conoce poco o nada puede hacer para ayudar a los drogodependientes que desean recuperarse.

En Chile, las Comunidades Terapéuticas, tanto privadas como públicas, son espacios de investigación sobre el papel de la familia en la recuperación de las personas drogodependientes. Garmendia, Alvarado, Montenegro y Pino (2008) estudiaron la importancia del apoyo social durante la abstinencia en el contexto residencial. Según estos autores, el abuso y la dependencia de drogas constituyen un problema de salud pública en Chile, por lo que consideran que su tratamiento no se agota en la abstinencia o la disminución de consumo. En este sentido, asumen que los tratamientos de las personas que padecen drogodependencia basados en el modelo residencial deben dirigirse a la salud física y mental. La idea es transformar a los internos para conseguir una mejor reinserción familiar, social y laboral.

Garmendia *et al.* (2008) estudiaron también el apoyo global que reciben los drogodependientes internados, en sus cuatro dimensiones (afectiva, de interacción social

positiva, instrumental y emocional), valoración que hicieron en dos tiempos, al inicio del internamiento y, luego, a los seis meses. La muestra fue seleccionada por muestreo aleatorio estratificado, según la modalidad de tratamiento: ambulatorio básico, ambulatorio intensivo y residencial, con sujetos que fueron egresados por alta o por abandono del programa de tratamiento en los tipos residencial y ambulatorio. El estudio partió de la hipótesis de que el apoyo social es un factor protector contra las recaídas en las adicciones. Los resultados mostraron que en las comunidades terapéuticas para drogodependientes se encuentra una población predominantemente de hombres, con inicio en el consumo entre la edad de 15 y 24 años.

Para la investigación de Garmendia *et al.* (2008) el tipo de droga que motivó el internamiento fue la pasta base de coca. El 78 % de los sujetos tenía antecedentes de familiares con consumo de drogas. La presencia de patología psiquiátrica entre los usuarios fue de un 15 %. El promedio de tiempo de tratamiento recibido fue de 5.6 meses, durante los que poco más de un tercio de los pacientes abandonó el tratamiento. En cuanto al apoyo familiar, 7.2 % de los usuarios lo recibieron. Este estudio permitió concluir que, dentro de los factores de riesgo importantes para perder la abstinencia a las drogas, destaca el tipo de sustancia de consumo; en este caso, la cocaína fue la responsable de las recaídas.

Otro hallazgo importante de esta investigación es el sub-registro de datos en las unidades residenciales que brindan tratamiento para personas drogodependientes en rehabilitación. En este sub-registro se tiene vacío de información sustancial que impide documentar cabalmente las investigaciones sobre este modelo de intervención. Los autores se refieren a falta de datos sobre comorbilidad, y otros de interés sobre las personas internas. En este sentido, Garmendia *et al.* (2008) enfatizan la necesidad de capacitar al personal que atiende en estas unidades de internamiento.

Comas Arnau (2006) ha propuesto doce características relevantes de la Comunidad Terapéutica, las que se muestran a continuación:

1. Debe ser un centro residencial, con permanencia la mayor parte de las 24 horas.
2. Debe tener una estancia temporal determinada.

3. Los internos deben tener un perfil concreto, es decir, deben ser personas aptas para ese modelo de intervención.
4. El ingreso de las personas debe ser voluntario.
5. Debe contar con un equipo multidisciplinario.
6. Debe intentar reproducir la vida cotidiana real y facilitar el conocimiento personal entre los internos.
7. Debe producir un aprendizaje social en los residentes.
8. Debe implementar procedimientos que faciliten la obtención de información de las personas en tratamiento para tomar decisiones terapéuticas apropiadas.
9. Debe ayudar a los residentes a construir un proyecto de vida alternativo.
10. Debe reconocer que los usuarios son personas con crecientes responsabilidades.
11. Debe contar con una red técnica interinstitucional para atender la drogodependencia.
12. Debe realizar una evaluación continua, individual y colectiva, y aplicar controles de seguimiento.

Los elementos considerados por Comas (2006) son rasgos que deberían caracterizar actualmente al modelo residencial terapéutico de adicciones. Sin embargo, esto dista mucho de la realidad que enfrentan las comunidades terapéuticas que predominan en los albores del siglo XXI.

## **2.6. El modelo residencial de tratamiento no profesional de adicciones en México y Sinaloa**

En México, el tratamiento residencial de las adicciones basado en Comunidad Terapéutica comienza en el siglo XX, durante la década de 1990. Desde sus inicios, se reconocen dos modalidades: 1) la profesional y 2) la no profesional, conocida también como de ayuda mutua. También existe la modalidad mixta, constituida por algún profesional, que colabora

con presencia irregular en las unidades de internamiento. Su desarrollo, a lo largo del tiempo, ha seguido esos dos modelos de intervención, aunque ha predominado la Comunidad Terapéutica no profesional. Específicamente, en Sinaloa, en la oferta de tratamiento para la población adicta al consumo de sustancias ilícitas, predominan los centros no gubernamentales que funcionan según la modalidad no profesional. Trabajan el programa de recuperación basados en el sistema de centros residenciales, los que están registrados por autoridades locales (Sánchez-Mejorada, 2013). En el caso de Sinaloa, los centros están representados por el Consejo Sinaloense Contra las Adicciones (COSICA).

Dentro de las instituciones mexicanas gubernamentales que manejan programas profesionales avalados y reconocidos para atender las adicciones en grado problemático, se encuentra el Centro de Integración Juvenil (Garmendia *et al.*, 2008). Esta institución es considerada pionera en este tipo de tratamientos y ha desarrollado investigaciones amplias en el campo de la drogodependencia en México. En la actualidad, ofrece servicios de atención en la modalidad terapéutica profesional residencial y ambulatoria. Esta institución inició con la Unidad Zapopan, Jalisco, la cual contaba con 12 camas. La cronología de su desarrollo es la siguiente:

- 1981, Unidad Tijuana, B. C.
- 1999, Unidad Nuevo León.
- 2005, Izbalanqué.
- 2006, Punta Diamante de Acapulco Guerrero y Culiacán, Sinaloa.
- 2008 Iztapalapa del D.F. y Ecatepec en el Estado de México.
- 2009, Unidad de Jerez Zacatecas.

Según Garmendia *et al.* (2008), durante 2008, el CIJ en México llegó a contar con nueve unidades de tratamiento hospitalario. Sin embargo, la demanda que ha implicado el consumo de drogas en grado problemático y debido a las pocas unidades con las que cuenta, se han abierto otras de tipo privado, profesionales y de ayuda mutua, por toda la república mexicana, las que deben ser normadas por la Guía Técnica de la Norma Oficial

Mexicana 028 del 2009 (NOM-028-SSA-2009), para las Unidades de Tratamiento Hospitalario o residenciales. La Norma 028 de Salud dicta las recomendaciones para la operación de todos los centros que trabajen la atención a personas con drogodependencia. En ella se fundamenta y se reconocen los modelos de intervención terapéutica profesional, mixta y de ayuda mutua basada en el concepto de Comunidad Terapéutica. Esta norma retoma las recomendaciones internacionales para el manejo de pacientes consumidores de drogas, donde el tratamiento contempla elementos psicológicos, farmacológicos, de comunicación e integración grupal, así como actividades terapéutico-rehabilitadoras, basadas en una interacción constante durante un periodo de 12 semanas. La intervención se divide en cuatro fases: 1) valoración clínica y admisión, 2) complemento diagnóstico y tratamiento, 3) preparación para el egreso y la reinserción social y 4) seguimiento (García, 2010).

Dentro de los CIJ, se han desarrollado investigaciones como la de Sánchez-Huesca y Arelláñez-Hernández (2011), bajo un método de tipo exploratorio, en población migrante mexicana asistida en albergues y casas de paso en zona fronteriza de Nogales, Tijuana y Ciudad Juárez. Los autores revisaron la experiencia migratoria de consumidores de drogas que buscaron atención en sus unidades y encontraron que la experiencia de consumo de drogas se refuerza en Estados Unidos, debido a las adversidades que enfrentan durante el cruce de frontera y su permanencia en ese país, asimismo las drogas de mayor uso referidas por los entrevistados fue la cocaína y metanfetamina. Aunque, según los entrevistados, en México es más fácil acceder a las drogas.

García (2012) llevó a cabo una investigación sobre el consumo de drogas en pacientes de primer ingreso a tratamiento a CIJ. Realizó 11,958 entrevistas entre julio y diciembre. El autor encontró un dato relevante: por cada 4.6 hombres que acceden a tratamiento, solo una mujer consumidora lo hace.

Como ya se ha mencionado, en México existen las Comunidades Terapéuticas para el tratamiento de adicciones, donde predominan las de tipo no profesional. Dentro de estas, hay algunas que se conocen como «anexos». Los anexos se caracterizan por carecer de recurso humano profesional, y desarrollan prácticas de intervención que violan constantemente los derechos humanos de las personas internadas. Al respecto, Zamudio,

Chávez y Zafra (2015) en su documento -Abuso de centros de tratamiento con internamiento para usuarios de drogas en México-, afirman la presencia de violaciones a los derechos humanos de los internos de centros de rehabilitación no profesionales.

Zamudio, Chávez y Zafra (2015) denuncian prácticas de castigo que van desde maltrato psicológico y físicos, hasta abusos sexuales y muertes por suicidio inducidas por la desesperación de las personas internadas al no recibir atención médica en el punto más crítico del síndrome de abstinencia. En las entrevistas a usuarios de estas unidades de internamiento documentan el consumo de sustancias psicoactivas y relatan el maltrato recibido durante su residencia. La diversidad del trato recibido es asumida por los *padrinos* quienes se encargan de guiar el tratamiento de los internos. Sus historias dan cuenta del sufrimiento de las personas drogodependientes que no son atendidas por profesionales y son sometidas a terapias no avaladas por el sistema de salud pública del Estado mexicano.

Como se puede observar, en los estudios sobre el modelo residencial de Comunidad Terapéutica en México predominan las propuestas dirigidas por organismos oficiales como el CIJ. Estos estudios han tenido como objetivo producir datos estadísticos sobre el comportamiento de las adicciones en sus usuarios. En Sinaloa, las investigaciones sobre este modelo terapéutico, realizadas desde la academia universitaria, son pocas. No obstante, se puede hacer referencia al estudio realizado por Reyes (2005), desde el área de Trabajo Social. Esta investigación valoró el programa para drogodependientes bajo el encierro por orden judicial denominado «tú puedes» operado dentro del sistema penal. Como dato relevante, Reyes encontró que los usuarios consideran que este programa es una forma de reencontrarse con la familia y de disminuir la condena penitenciaria que enfrentan.

En Colima, también en el ámbito del Trabajo Social, Covarrubias, Preciado y Arias (2009) llevaron a cabo una investigación cualitativa para conocer la calidad de vida de los pacientes drogodependientes institucionalizados en centros de rehabilitación de alcohólicos y drogadictos. Los autores realizaron entrevistas a mujeres internas, para conocer su percepción sobre la calidad de vida que tienen en esos centros. Los resultados muestran que las mujeres internas en esas unidades de rehabilitación hacen una conexión directa entre calidad de vida y recuperación de la adicción que padecen en relación a lo que se les ofrece

durante el internado. Consideran que contar con un espacio donde tienen techo y alimentos es parte de la calidad de vida, aun cuando estos espacios tengan una estructura precaria.

Con los referentes de estas investigaciones sobre el origen de la Comunidad Terapéutica y sobre la atención a la drogodependencia en estas unidades, se puede apreciar que la falta de cobertura de la atención institucional por parte del Estado es un rasgo saliente. Ante esta carencia, la respuesta de la sociedad civil ha sido crear entornos residenciales para atender a los segmentos de la población drogodependiente que no logran acceder a instituciones privadas o a algún CIJ.

La exposición de los hallazgos de las diferentes investigaciones revisadas sobre el modelo residencial de comunidad terapéutica, permite mirarlo desde diferentes perspectivas. Su nacimiento, desarrollo y fundamentos teóricos y empíricos en los que basa la intervención en adicciones, hace posible comprender mejor cómo han logrado subsistir como modelo residencial no profesional en atención a la drogodependencia, a pesar de sus errores. Aun así, el modelo ha tenido aciertos que lo han llevado, hasta el momento, a constituirse en entornos que responden de manera inmediata a quien consume drogas en grado problemático. Además, estos centros, vistos como entornos de convivencia, también representan la oportunidad de realizar investigaciones diversas, desde diferentes paradigmas, por profesionales de la salud y de las ciencias sociales. Estas son algunas de las razones por las que resulta de interés la presente investigación, que se plantea desde el Trabajo Social.

En el marco internacional del tratamiento, en distintos países donde se ha implementado el modelo residencial de tratamiento a las adicciones, este se ha caracterizado fundamentalmente por ser un espacio que permite lograr la rehabilitación a través del trabajo grupal. Según los aportes de las investigaciones expuestas en este apartado, la recuperación de la drogodependencia se puede lograr solo si la intervención es acorde a las necesidades de los que padecen la adicción. Sin embargo, la existencia de Comunidades Terapéuticas con modelo de intervención de ayuda mutua, no profesionales, presentan limitaciones de intervención para lograr la rehabilitación. En general, se circunscriben al proceso de abstinencia mediante el encierro y el acompañamiento discursivo en las salas de juntas, y, en muchos de los casos, evitan la intervención profesional porque consideran que,

si ellos lograron la rehabilitación sin un tratamiento profesional, también otros podrán hacerlo.

También se pudo mostrar, a través de los aportes de Comas (2006) y los referentes de Simmel, que este modelo de intervención opera mejor cuando ofrece un entorno familiar, cuando se definen roles, deberes y funciones específicos que requieren de la concentración del sujeto para olvidarse de las dinámicas de vida del espacio externo que lo llevaron al consumo de sustancias ilícitas. Igualmente, se ha demostrado que es beneficioso incorporar la participación de la familia en el proceso de recuperación de los internos, así como la dinámica grupal de expresión de las experiencias de vida relacionadas con el consumo, pues constituyen una parte importante de la autoayuda que opera en este tipo de unidades de internamiento.

Como se ha podido evidenciar en los estudios revisados, se han expuesto brevemente algunas consideraciones y datos históricos sobre el surgimiento y conceptualización del modelo residencial de comunidad terapéutica. Estas consideraciones son relevantes para comprender la evolución histórica de este modelo de intervención, así como su contextualización y pertinencia, pero sobre todo el cuestionamiento de la función rehabilitadora del modelo residencial. Entonces, a manera de resumen, a continuación se muestran algunas de las coincidencias entre los planteamientos referidos:

- a) El modelo surge ante la falta de una cobertura de la política pública de salud al problema que representa la drogodependencia.
- b) No todas las instituciones que ofrecen este modelo de tratamiento se basan en las normas y reglamentación de los organismos internacionales
- c) El internamiento permite al usuario lograr un periodo de abstinencia.

Dicho esto, se puede comprender que la implementación de este modelo de intervención se ha convertido en una necesidad ante el incremento de usuarios que presentan consumo de drogas de impacto a la salud física y mental y la escasa oferta de servicios apropiados.

En el caso de Sinaloa, algunas de estas unidades institucionales de internamiento para drogodependientes operan con permiso del sistema de salud pública, clasificadas por el

Consejo Sinaloense Contra las Adicciones como nivel II y III, estas últimas también identificadas como «en proceso» (COSICA, 2012). Por ello, en el marco de lo planteado, se considera importante conocer más sobre la función del modelo terapéutico residencial que prevalece en Culiacán, Sinaloa. Estudiar el modelo a partir de la experiencia de los actores que le dan vida día a día, permitirá comprender, en primer lugar, lo que este modelo de intervención no profesional representa para las personas los consumidros de drogas que viven el internamiento aun en contra de su voluntad. En segundo lugar, se podrá entender lo que representa este modelo de tratamiento para la sociedad y el talante de la política pública de salud en adicciones. Así, pues, se considera pertinente llevar a cabo un análisis del contexto basado en los relatos de los internos y, también, en la observación de esos entornos. Esta información seguramente constituirá un referente relevante y significativo de la situación actual del consumo de drogas y de la política pública de salud en adicciones.

Lo anterior implica establecer una relación cara a cara con las personas internas, generar un diálogo con ellas donde hablen de sus percepciones y experiencias vividas sobre el consumo de drogas ilegales y durante el internamiento. De igual modo, el diálogo permite conocer las expectativas de las personas sobre este modelo de intervención y el modo cómo asumen la modalidad de tratamiento residencial. Este acercamiento también permite comprender si el modelo de Comunidad Terapéutica no profesional internalizado conduce a los internos a la rehabilitación social, o solo llegan a la primera etapa de tratamiento que corresponde a la abstinencia condicionada por el aislamiento.

## **CAPÍTULO III: MARCO TEÓRICO**

### **3.1. Postulados y premisas**

Las personas drogodependientes, internadas bajo el modelo residencial de tratamiento no profesional de las adicciones, construyen su propia percepción de la funcionalidad del modelo. Para hacerlo, se basan en la experiencia del encierro y en las prácticas de intervención que les ha tocado vivir en cada uno de los centros donde han residido. Por ello, este estudio se centra en las personas con abuso en el consumo de drogas en condición de internamiento, considerada como sujeto activo y consciente de su entorno temporal, con capacidad de visualizarse y mostrarse a través del relato sobre la vida de consumo de drogas ilegales y las experiencias de encierros con fines de rehabilitación. En este sentido, la perspectiva teórica que se ajusta más a los intereses de esta investigación es la sociocultural, basada en una metodología cualitativa etnográfica respaldada por la antropología y la sociología (Apud y Romaní, 2016; Ovalle, 2015). Esta perspectiva ha permitido estudiar el consumo de drogas partiendo del punto de vista de los propios consumidores, factor determinante a la hora de comprender la funcionalidad del modelo en cuestión.

Los elementos medulares de esta investigación son dos: 1) el consumo de drogas en grado problemático y 2) el modelo residencial no profesional de atención a las adicciones. Para conocer a fondo estos elementos, ha sido necesario revisar cómo la persona drogodependiente los construye. Esta construcción social es fundamental para comprender la funcionalidad institucional del modelo residencial, junto con la consideración del consumo de drogas como problema de salud y de seguridad social. En términos de Romaní (2010), el problema de las drogas está ligado a prácticas y discursos culturales, con orientaciones y valores creados en el imaginario popular. En este sentido, la persona consumidora de drogas va cimentando gradualmente su proceso social de exclusión, conforme participa de menor a mayor grado de las actividades del consumo, distribución o comercio de las drogas. A través del impacto en su constitución física y psicológica, el consumo la llevará, según la sustancia de uso, a pérdida de peso, deterioro de las habilidades psicosociales y alteraciones conductuales, que la conducirán al internamiento

(Mercado y Briseño, 2014), consolidándose, así, como un sujeto estigmatizado y excluido de su entorno familiar y social.

El modelo residencial de tratamiento no profesional a la drogodependencia se basa en el «encierro», es decir, separa a la persona de su entorno para tratar el consumo de drogas en grado problemático. En este sentido, el modelo es afín al sistema carcelario de Ámsterdam descrito por Foucault (2014:141), el que se caracteriza por «tener un empleo del tiempo estricto, un sistema de prohibiciones y obligaciones, una vigilancia continua, exhortaciones, lecturas espirituales, todo un juego de medios para ‘atraer el bien’ y ‘apartar el mal’...» *Atraer el bien* aquí significa conseguir la rehabilitación y *apartar el mal* significa lograr vencer el deseo compulsivo de consumir drogas. En el sistema de internamiento la temporalidad la definen y administran los responsables de cada centro, y esta «sólo tendrá sentido en relación a una corrección posible» (Foucault, 2014:143) de la conducta adictiva del sujeto consumidor de drogas ilegales en grado problemático.

Dicho esto, los ejes de esta investigación se comprenden mejor a la luz de varios conceptos claves como institución total de Erving Goffman, drogodependencia como problema social de Oriol Romaní, mundo de consumo de Zygmunt Bauman y la función de las instituciones de Michel Foucault.

### **3.2. Construcción sociocultural del consumo de drogas ilegales**

Históricamente, el consumo de drogas, en su muy variada presentación, ha estado ligado a las prácticas culturales de la humanidad. Las drogas han sido usadas en cultos religiosos y han cumplido funciones terapéuticas en el marco de la medicina mágica-religiosa (Slapak y Grigoravicius, 2006). A finales del siglo XIX, las drogas comenzaron a concebirse como sustancias psicoactivas, lo que marca el inicio de su consideración como un problema social. Esta visión se consolida durante el siglo XX. Actualmente, en Sinaloa, toma fuerza y se consolida el tráfico y consumo de drogas debido en parte a la fertilidad y geografía de esta zona, donde hay extensas redes de siembra y tráfico de cannabis (Fernández, 2017) que las autoridades no logran localizar. A esto se suma la producción de las llamadas sustancias de diseño o sintéticas, también conocidas como *speedo* o cristal, las cuales, en Sinaloa, se consideran drogas de impacto (CIJ, 2016), debido a su fácil preparación en laboratorios

clandestinos y su distribución en pequeñas cantidades y a bajo precio. Su éxito estriba en que produce efectos más inmediatos y duraderos (Jiménez y Castillo, 2011). Las drogas sintéticas ilegales han revolucionado el mercado de consumo en el contexto de las adicciones, porque, como se ha dicho, generan un mayor efecto adictivo y lesivo a la persona, como el síndrome confusional, la tendencia suicida u homicida, la depresión severa y la fatiga (Jiménez y Castillo, 2011).

La construcción social del consumo de las drogas, según Slapak y Grigoravicius (2007), está muy ligada a cómo el ser humano lo percibe. En este sentido, asumir el consumo de drogas como un problema social depende de la forma en que las personas asumen su vida cotidiana, lo que varía de acuerdo a las condiciones del contexto social, político y económico donde se despliega esa vida. El contexto es un factor clave en la construcción de los hábitos de consumo, por ejemplo, las personas drogodependientes afirman que usar drogas les permite sobrellevar «mejor» las dificultades del día a día, producidas por políticas públicas que no han dado respuesta satisfactoria a la sociedad. Así, para comprender a la persona consumidora de drogas ilegales en grado problemático, es fundamental tomar en cuenta el marco contextual en el cual emergen las prácticas de consumo. No se puede considerar el punto de vista del consumidor de forma aislada, sino se considera el contexto sociocultural, político y económico donde el consumo se da. Además, hay que tener presente la relación entre el consumo y las características propias de las sustancias que ingresan al mercado de las drogas.

En el caso de las drogas de diseño, el esfuerzo de producción se centró más en desarrollar el poder adictivo, es decir, había que producir una sustancia que hiciera efectivo el apego de la persona al consumo frecuente, sin importar las secuelas en el cuerpo del sujeto, ni los efectos psicosociales que producen (Jiménez y Castillo, 2011). Estos son factores que permiten dimensionar la funcionalidad del modelo residencial de tratamiento no profesional de las adicciones en la sociedad actual. Por ello, no se puede eludir su incorporación al análisis. De hecho, en la comprensión de la dimensión social, Oriol Romaní (1997) ha postulado que existe una relación compleja entre la sustancia, el sujeto y el contexto. Sobre la base de esta relación, se construye la drogodependencia como un problema social. Esta perspectiva también permite desarrollar una visión integral del problema del consumo de

drogas ilegales, e invita a considerar cada elemento de manera proporcional en el marco sociocultural más general. Revisar la coparticipación dinámica de estos elementos es uno de los objetivos de esta investigación, es decir, comprender cómo interactúan en esa dinámica y compleja relación indisoluble que mantienen entre sí, sustancia, sujeto y contexto.

Oriol Romaní (1997) afirma que el consumo de drogas es un fenómeno que consiste en incorporar drogas o sustancias químicas al organismo humano, con características farmacológicas que actúan principalmente a nivel psíquico, cuyas consecuencias, funciones, efectos y significados, son producto de definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes personas o grupos humanos elaboran, negocian o disputan en el marco histórico de sus prácticas cotidianas (p.302). En ese sentido, el consumo de tal o cual sustancia en la persona provoca un efecto determinado por las condiciones físico-químicas de su organismo, cantidad, calidad de la sustancia y el contexto social donde se consigue, se acepta o rechaza el consumo de las sustancias psicoactivas.

Desde la perspectiva de Hernández *et al.* (2009), el concepto «consumo problemático de las drogas» es polisémico. Consideran que dentro de los resultados de la diversidad de estudios sobre el consumo de drogas, deben incluirse las condiciones de; el policonsumo recurrente o simultáneo de los adolescentes, así como la edad precoz de inicio como elementos que definan ese concepto. En tal sentido, enfatizan que el inicio temprano del consumo de drogas se asocia a consumos problemáticos y a otros comportamientos de riesgo (p.202), como faltar a clase, bajar el rendimiento en los estudios, conflictos familiares, problemas en el trabajo, problemas económicos, conflictos con los amigos, y enfermedades, entre otras circunstancias relacionadas con el consumo de drogas como ingresar a las filas del narcotráfico. Al respecto, Corvera y Lara (2012) sostienen que en Sinaloa un sector creciente de jóvenes considera más viable la opción del narcotráfico que conseguir un trabajo formal.

La edad es uno de los múltiples factores que deben visualizarse como detonantes del consumo de drogas; específicamente, la juventud. Romaní (2008) sostiene que el discurso prohibicionista de las políticas públicas no ha reconocido «que la gente joven se ve atraída

por drogas y va a experimentar con ellas pese a la prohibición» (p.307). El paradigma prohibicionista de atender las adicciones, tiene cerca de cien años de existencia. Inició en 1919, en Estados Unidos, con la prohibición de consumir alcohol. Según Andrés Fisher (2008), se trata de un hecho social, económico y jurídico, que ha impactado de gran manera la evolución de la sociedad en relación con el uso de las drogas. Fisher agrega que el discurso prohibicionista de las drogas no toma en cuenta al consumidor no problemático, solo a aquellas personas que consumen ocasionalmente o con fines recreativos.

En México, la política prohibicionista se ha caracterizado más por atender de manera violenta el tráfico de drogas, con medidas como la llamada guerra contra el narcotráfico. Esta característica no ha tomado en cuenta las recomendaciones de la OPS para definir la política de atención a las adicciones. La OPS y la OMS sugieren disminuir las demandas de las drogas ofreciendo una atención de calidad a quienes ya son consumidores de drogas en grado problemático. También recomiendan favorecer el desarrollo de factores sociales que prevengan la generación de nuevos consumidores. Lamentablemente, en México se han desdeñado las medidas que eviten el daño producido por la política pública de salud, y no se han implementado programas de prevención del consumo. Si se hiciera lo contrario, disminuiría la incidencia y prevalencia del consumo de drogas (OPS/OMS, 2010). Estos organismos internacionales han instado a los Estados a reconocer que el consumo de drogas es un problema de salud pública. De hecho, los trastornos secundarios asociados al consumo de drogas están incluidos en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017.

### **3.3. El consumo de drogas en grado problemático cuestión sociocultural**

El consumo problemático de drogas constituye una dificultad muy compleja para la salud pública, porque durante el consumo se desarrolla un patrón de comportamiento negativo para la salud no solo del consumidor, sino también para la familia y la sociedad (González, Rivas-Cuarneti y Farías, 2016). Es, pues, necesario conocer las características, prácticas y comportamientos que adoptan las personas consumidoras de drogas ilegales. Asimismo, es importante conocer las motivaciones que llevaron a la persona al consumo, porque en ellas se pueden encontrar las razones personales y sociales que llevaron a las personas a refugiarse en el consumo de drogas ilícitas.

Según Kornblit, Camarotti y Di Leo (2010), hay dos tipos de consumidores: el habitual y el intensivo. El consumidor habitual es la persona que consume cada semana o varias veces a la semana, mientras que el consumidor intensivo es aquel que consume una o varias veces al día. En tanto para Álvarez (2010) como para Kornblit, Camarotti y Di Leo (2010) el consumidor habitual y el consumidor intensivo, forman parte de la categoría del consumo problemático, la cual consiste en «perder el control de sí mismo, o incurrir en prácticas de riesgo para sí mismos o para los demás bajo los efectos de una sustancia» (p.9).

La persona con consumo problemático de drogas experimenta una pérdida de control sobre su comportamiento y sobre los planes de vida. Este comportamiento ha alimentado la percepción social sobre el consumo de drogas ilegales, la que a su vez ha favorecido la construcción de dos discursos. En primer lugar, está el discurso que valora los efectos negativos de las drogas sobre el sujeto, y que sostiene que las sustancias psicoactivas propician conductas ligadas a la violencia. Este discurso criminaliza a las personas drogodependientes (Álvarez, 2010). En segundo lugar, está el discurso oficial representado por el Estado a través de las políticas públicas. Desde el discurso, del consumo de drogas ilícitas como un problema epidemiológico-sanitario y de seguridad también se criminaliza a los drogodependientes. Por esta razón, la respuesta ha sido y es la prohibición.

Se puede decir que el carácter prohibicionista se ha sustentado en el discurso médico, el cual resalta más las características negativas de las drogas a la hora de concientizar a la población para evitar el consumo. Así, se promueve el miedo a consumir por los efectos negativos que las campañas enuncian y difunden. El prohibicionismo también está en la base del plan nacional de persecución del tráfico de drogas mediante la llamada guerra contra el narcotráfico, implementada durante el sexenio del ex presidente Felipe Calderón. En este caso, el consumo de drogas es considerado como problema de seguridad pública más que de salud (Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera, 2013). El discurso médico y el de la seguridad asumen el consumo problemático de drogas como una condición de alto riesgo para la salud personal y social. El consumo problemático perjudica a la persona y a otros colectivos laborales, académicos y de convivencia social en general. Desde el punto de vista de la investigación que aquí se presenta, estos aspectos deben ser abordados desde la perspectiva sociocultural y de salud pública y no solo desde el paradigma prohibicionista.

Hechas estas consideraciones, no es difícil suscribir lo que afirma Pacheco (2014), y que el prohibicionismo parece invisibilizar:

[...] el dolor provocado por los miles de muertos del ejército, de la policía, y de la delincuencia, sino que también se ignora la emergencia sanitaria de millones de consumidores en estado de adicción y sus familias, quienes sufren persecución, cárcel, miseria y violencia ante una enfermedad que debe ser tratada de forma profesional. Ellos pueden ser contabilizados entre los muertos de la actual guerra, fruto de una perspectiva que prefiere combatir las drogas con balas en lugar de emplear medicina y educación (p.230).

Según Oriol Romaní (1977), Freixa (1991) y Medina-Mora (2013), la drogodependencia debe ser atendida desde la perspectiva de la salud pública, incluyendo los determinantes sociales. Así, se podría incidir no solo en la oferta del mercado de las drogas, sino en la demanda que presentan quienes padecen la adicción. Del mismo modo, se pueden diseñar estrategias de prevención sin fundamentarse únicamente en el daño que producen, pues lo que atrae a los jóvenes es lo que experimentan antes de que las secuelas aparezcan. En este sentido, la perspectiva debe enfocarse en la realidad contextual de las personas, tanto las no consumidoras como las que ya padecen de la adicción, teniendo como objetivo prevenir la exclusión social, la pérdida de calidad de vida, el deterioro de la identidad y la ruptura de las relaciones sociales (Mercado y Briseño, 2014).

### **3.4. El modelo residencial de tratamiento no profesional en adicciones**

El modelo residencial basado en la comunidad terapéutica surge en Estados Unidos durante la década de 1960. Desde entonces, el modelo se ha expandido. Sin embargo, no se han desarrollado suficientes estudios sobre su efectividad en el tratamiento de las adicciones (Murcia y Orejuela, 2011). Aunque ha sido avalado como método de intervención grupal por organismos como el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [NIDA], se reconoce que algunas veces el modelo permite la puesta en práctica de actividades malsanas y comportamientos destructivos (NIDA, 2010).

En México, el modelo residencial de tratamiento del consumo de drogas en grado problemático también es reconocido como Comunidad Terapéutica y definido por la Norma Oficial Mexicana 028 (NOM-028-SSA-2009) de la siguiente manera:

Un contexto y un método de tratamiento que busca la rehabilitación de adictos a través de la modificación en el estilo de vida y del cambio de identidad personal. Se sustenta en la ayuda mutua y en la interacción comunitaria. Puede ser operada por personal de adictos en recuperación, por profesionales o por personal mixto (p.17).

Basada en este lineamiento, la política pública de salud en México avala el modelo residencial como alternativa de tratamiento para las personas que padecen drogodependencia, y se usa cuando el afectado no acepta un tratamiento ambulatorio. Históricamente, su desarrollo en México ha estado marcado por una política pública de salud en adicciones con una cobertura limitada y con poca intervención de profesionales. El modelo representa una alternativa de contención para la población que no puede acceder a instituciones residenciales privadas o públicas de tipo profesional como las del CIJ. Durante el encierro, generalmente involuntario, se consigue el proceso de desintoxicación natural debido a la abstinencia a la que se someten los internos. El proceso de abstinencia es necesario para cesar la sintomatología psiquiátrica aguda que suelen presentar los drogodependientes cuando deciden (o no) ser internados. Además, también sirve para lograr estabilización cognitiva, emocional y conductual básica para continuar con una terapia integral (Marín-Navarrete *et al.*, 2013).

Para la FLACT (2013), el concepto de Comunidad Terapéutica, del modelo residencial, es «un modelo de trabajo y de vida que colabora con las personas capaces de influir en su propio tratamiento rehabilitación y/o recuperación y/o restauración» (p.6). Este mismo organismo ofrece una tipificación del modelo:

- 1) Comunidades Terapéuticas «institucionales». Se basan en jerarquías profesionales y técnicas, y son gestionadas por el gobierno de turno. Por ejemplo, los CIJ en su forma residencial.
- 2) Terapéuticas «no institucionales». Desarrollan su trabajo con personal no profesional. Colaboran técnicos rehabilitadores, operadores terapéuticos rehabilitados o re-educados guiados por principios religiosos y por experiencias de recuperación de la adicción. A este grupo corresponde el modelo residencial de tratamiento no profesional, foco de interés de la presente investigación.

- 3) Comunidades Terapéuticas «no institucionales, mixtas o modificadas». Participan profesionales, técnicos y usuarios rehabilitados.

Asimismo, según NIDA (2010), el tratamiento basado en el modelo residencial, o de comunidad terapéutica, contempla internamientos que pueden ir de tres meses hasta un año. Durante ese período, se ofrece la terapia de atención a las adicciones basada en la experiencia empírica de personas residentes que han padecido de las adicciones. Esta forma de intervención se fundamenta en los 12 pasos de Alcohólicos Anónimos, y se enfoca en la resocialización de las personas drogodependientes.

Lo antes expuesto es evidencia de que aun cuando la drogodependencia se ha reconocido como enfermedad, el tratamiento predominante no es profesional. Los trastornos adictivos están tipificados en el DSM-5 (First, 2015) como síndromes del sistema nervioso central producidos por el abuso en el consumo de sustancias que se manifiestan concretamente como patrones patológicos de comportamiento relacionados con las propiedades de la sustancia. En este sentido, el sistema de salud pública, al no intervenir profesionalmente en estos centros, no valora la gravedad de esta enfermedad.

Es difícil estimar los costos sociales que implica el consumo de drogas en grado problemático. Sin embargo, ofrecer tratamiento para disminuir o erradicar el consumo de sustancias ilegales siempre será mejor que abandonar a las personas que la padecen a la libre y a veces fatal evolución de su enfermedad. El Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [INAD] (2010) ha demostrado que tratar la drogodependencia reduce significativamente los costos sociales y de salud que genera esta enfermedad. Con el tratamiento se disminuyen delitos relacionados con el consumo de drogas, como el robo y actos afines. Así, el tratamiento de la drogodependencia debe considerarse desde diversas perspectivas, tomando en cuenta la diversidad etiológica del trastorno, la que varía de persona a persona y obliga a tener presente, como elemento central, la particularidad de cada paciente. Vale recordar a Claude Bernard que hace más de 130 años dijo: «no hay enfermedades sino enfermos» (Lamar, 2014). Por lo tanto, en el campo de las adicciones, debe priorizarse el tratamiento centrado en la persona, contemplando el contexto sociocultural al que pertenece, para planear alternativas de reintegración social convenientes al caso.

El modelo residencial de tratamiento a las adicciones, como ya hemos dicho, ha sido considerado por diversos estudios como la alternativa que responde a las necesidades de las personas que padecen la drogodependencia (Molina, González y Montero, 2011; Fiestas y Ponce, 2012; Molina, Murcia y Orejuela, 2014). En México, en los últimos 5 años, según datos de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA, 2011), 53 % de los consumidores de drogas han acudido a recibir atención en los centros residenciales que operan como instituciones de autoayuda. Al ser este un modelo de intervención que ofrece un entorno para reeducar a los usuarios de drogas, y dada la demanda, se esperaría que hubiera contribuido a disminuir el consumo de drogas en grado problemático. Sin embargo, la realidad es otra. Cada vez aparecen más unidades de internamiento que ofrecen servicios de rehabilitación. Al respecto, Marín-Navarrete *et al.* (2013) afirman que, en México, al menos 15 mil unidades residenciales operan en las condiciones que caracterizan a estos centros de atención a las adicciones, es decir, transgrediendo la Normativa de Salud pública NOM-028-SSA-2009.

Según Oriol Romaní (1977), como ya se ha dicho, la drogodependencia como enfermedad es producto de la relación conflictiva entre el sujeto, la sustancia y el contexto, y debería ser intervenida con tratamientos que contemplen estos tres elementos. Este criterio ha sido relegado por las unidades de intervención predominantes en México y particularmente en Sinaloa, puesto que son gestionadas en mayor parte por personal no profesional que lucra, es decir, que ve en las personas drogodependientes la oportunidad de obtener una ganancia económica. Sus usuarios reportan maltrato físico y psicológico, entre otras deficiencias relacionadas con hacinamiento, alimentación y falta de información a los familiares de los internos. Lo peor es que no logran la rehabilitación de los pacientes (Comisión Estatal de Derechos Humanos San Luis Potosí, 2011). Específicamente, el modelo residencial de comunidad terapéutica solo atiende la primera fase de intervención, es decir, la deshabitación de la sustancia mediante la separación del sujeto de su entorno familiar. Estas son, pues, solo algunas formas de incumplimiento por parte del Estado de las recomendaciones hechas por los organismos internacionales antes mencionados y lo estipulado por la Norma Oficial Mexicana.

Para el tratamiento de la drogodependencia, el INAD (2010: 27) considera que debe reconocerse como padecimiento y tener presentes los siguientes principios: a) afecta el funcionamiento del cerebro y el comportamiento humano; b) no existe un tratamiento único para todas las persona drogodependientes; c) el tratamiento debe estar disponible en todo momento; d) debe contemplar las necesidades personales y familiares, no debe enfocarse solo en el efecto de la sustancia; e) debe mantenerse por un tiempo adecuadamente prolongado; e) debe contemplar realizar terapia individual y de grupo; f) debe incluir tratamiento farmacológico; g) debe tratar las comorbilidades; g) la desintoxicación debe ser solo la primera fase del tratamiento; h) considerar que puede no ser voluntario el tratamiento; i) debe ser supervisado constantemente; j) debe incluir detección de infecciones asociadas como VIH y hepatitis, entre otras. Todos estos elementos deberían ser transversales en el diseño de programas de intervención. A su vez, deberían impactar en la generación de una política pública contemplada por las instituciones que tratan a personas con drogodependencia.

Como se ha mencionado antes, estos principios no son tomados en cuenta en el modelo de tratamiento no profesional que predomina en México. Alrespecto, Rodríguez (2009) y Marín-Navarrete *et al.* (2013) sostienen que la drogodependencia ha rebasado la capacidad del Estado para dar tratamiento a través de las instituciones públicas de salud atendidas por profesionales. «Una de las formas más usuales que ha tomado la organización social, en muchos países para responder al problema de las adicciones son construyendo los grupos de ayuda mutua» (Rodríguez, 2009: 394).

Estudios como el de Murcia y Orejuela (2014) muestran que las intervenciones en la atención de la drogodependencia desde el modelo residencial de tratamiento no profesional no contemplan los principios recomendados por el INAD (2010). Específicamente, en el modelo residencial o de comunidad terapéutica de tratamiento a las adicciones, no operan de manera integral. Estas investigaciones aportan datos que son necesarios para conocer los logros y fracasos en la recuperación de los drogodependientes producidos por el sistema residencial. A partir de estos datos, se puede llegar a comprender mejor los aspectos que deben ser retomados por cada una de las formas de intervención para tratar el consumo de drogas en grado problemático, sea el modelo profesional o el modelo empírico tradicional.

### **3.5. Institución total y vigilancia en el modelo residencial de tratamiento no profesional en adicciones**

El modelo residencial y el tratamiento de las personas drogodependientes desde la práctica del encierro puede ser comprendido a partir del concepto de «institución total» propuesto por Goffman (2009). Según este autor, una institución total es «un lugar de residencia y trabajo donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo comparten en su encierro una rutina diaria administrada formalmente» (p.15). Goffman ubica las instituciones totales en cinco grupos según su finalidad: 1) para cuidar a personas incapaces e inofensivas, como hogares; 2) para personas que requieren ser resguardadas por representar un riesgo involuntario para la sociedad; 3) las unidades carcelarias y campos de concentración para trabajo; 4) para la formación laboral e instrumental como cuarteles y centros de capacitación, y 5) claustros con fines de refugiarse del mundo exterior. Si bien el último se refiere a los monasterios o centros religiosos, en este se podría incluir al modelo residencial no profesional en estudio, donde, siguiendo a Goffman, el propósito de la cultura del personal que atiende es lograr el control sin considerar el bienestar de los internos.

El concepto de institución total no es preciso, sin embargo, ofrece un punto de referencia para la discusión en torno al modelo residencial no profesional, foco de la presente investigación, ya que en la vida cotidiana del modelo residencial no profesional de atención a las adicciones el trabajo de los internos está a disposición del personal de la institución en calidad de servidores. En consecuencia, es difícil distinguir los roles de los internos y los del personal de los centros de internamiento, pues a veces se encuentra a los internos desempeñando tareas que benefician al personal o a los dueños de los centros. En ese sentido, el modelo residencial de tratamiento no profesional comparte características estructurales y funcionales propias de la institución total definida por Goffman y, por ello, sirve como punto de referencia para el análisis del modelo predominante en la intervención institucional de la drogodependencia en México.

Otra de las afinidades del modelo residencial, considerado como institución total, es la forma de implementar la intervención. La institución total rompe las barreras que separan los tres ámbitos esenciales de la existencia humana: dormir, jugar y trabajar. En

condiciones de libertad, estas actividades se llevan a cabo en diferentes lugares y con diferentes personas. En el modelo residencial, las tres se dan en el mismo lugar, ante la misma autoridad, en compañía de otros internos con quienes se comparte casi siempre el mismo trato y las mismas actividades programadas. Además, estas actividades son obligatorias, supervisadas y orientadas porque se supone que con ellas se logrará la recuperación y rehabilitación de los internos. Es evidente, entonces, el aporte y la pertinencia de la noción de *institución total* para comprender al modelo residencial no profesional de tratar a personas drogodependientes.

El desarrollo conceptual de Goffman sobre las instituciones totales orientado a la comprensión del modelo residencial no profesional para tratar a personas drogodependientes coincide con algunas ideas y aportaciones de Ernst Simmel (1882-1947), quien planteó el concepto de comunidad terapéutica implementado en la década de 1920 (Pérez del Río, 2010). La característica principal de la comunidad terapéutica es que trata al paciente *in situ*, en situación de encierro y vigilancia permanente, con un equipo humano que informa sobre las conductas de los internos. Con esa información elaboran un plan de tratamiento específico para cada persona drogodependiente. Esto resulta relevante en la caracterización del modelo residencial no profesional de tratar las adicciones en pleno siglo XXI, salvo que este modelo opera con personal ex drogodependiente sin capacitación profesional, y carece de un equipo multidisciplinario que colabore en la atención de los pacientes para lograr su curación, rehabilitación y reinserción social.

El modelo residencial no profesional solo permite una recuperación temporal. El modelo consigue la primera etapa, denominada deshabituación a la sustancia durante el tiempo de internamiento. Como bien lo expone la ONU, a través de la Oficina Contra la Drogas y el Delito, en su Manual sobre Tratamiento del Abuso de Drogas (2003) «ningún tratamiento es eficaz para todos los casos. Las personas pueden necesitar diversas clases de tratamiento integrados y coordinados eficazmente en los distintos momentos y etapas en que pide ayuda» (ONU, 2003: I.2). El modelo de tratamiento no profesional de la adicción desatiende las complejas particularidades del sujeto drogodependiente. En este sentido, la percepción que se construye sobre la función del encierro en el proceso de recuperación es distinta entre los internos y está ligada a la experiencia de vida de cada persona. Las

expectativas que generan las personas internadas dependen en gran medida del grado de daño producido por las drogas con el que han llegado a la institución. Hay personas que solo buscan recuperarse del deterioro físico desarrollado por el consumo de drogas, y hay otras que tienen intención de continuar un proceso de rehabilitación integral.

### **3.6. La cotidianidad del encierro en el modelo residencial de tratamiento no profesional en adicciones**

La palabra cotidianidad proviene del latín *quotidianus*, y se refiere a lo que sucede diario, lo habitual o de manera frecuente. Según Martínez García (2008), lo cotidiano es un fenómeno y un proceso social dinámico, amplio y complejo, y se refiere a la forma y los hechos que transcurren en la construcción de la vida misma de las personas en interacción con su medio ambiente. Para Goffman (2009), lo cotidiano es la actividad diaria como dormir, jugar y trabajar, sin que jugar corresponda necesariamente a realizar una actividad de juego recreativo. Esta forma de comprender la cotidianidad tiene que ver con una manera de considerar la vida diaria de las personas y sus interacciones situadas en una institución que sustenta la intervención en el encierro como forma para rehabilitar a las personas drogodependientes.

Siguiendo con Goffman, en el modelo residencial los internos son movidos en masa, bajo una vigilancia constante para asegurar que todos hagan lo mismo. Se busca la obediencia a las normas de la institución. La vigilancia está a cargo del personal supervisor, conformado por los mismos internos que en este caso asumen el rol de servidores, padrinos o de seguridad. A este grupo se suman los internos que asumen el papel de porteros, bajo la dirección del responsable de la unidad residencial. En esta estructura de organización, la humillación puede formar parte del trato a los internos. A veces, se les exige adoptar y mantener alguna posición humillante, o pueden ser obligados a dar respuestas humillantes a compañeros de internado. Los internos deben plegarse a la subordinación ante el personal de servicio (Goffman, 2009). Por lo tanto, los internos tienden a solo cumplir las órdenes y a realizar las actividades impuestas mientras esperan el término del internamiento.

El aspecto fundamental que sostiene el modelo residencial no profesional de atención a las adicciones es el encierro involuntario. Por ello, resulta fundamental el sistema de vigilancia que opera entre el personal, tanto para los internos sin jerarquías como entre quienes la tienen. El sistema de vigilancia humano, de todos contra todos, exagera la suspicacia y el sentido de lo individual. Se desarrolla entonces el sistema panóptico descrito por Foucault (2009), es decir, la vigilancia adopta la forma de registro personal, con el objeto de identificar a cada uno de los internos, conocer sus debilidades y fortalezas y luego ejercer el control sobre cada uno de ellos. Así, a través de vigilar, reportar y castigar a quienes violen las normas de la institución se intenta corregir la *conducta desviada* del consumo de drogas. La forma panóptica cumple la función de «la visión binaria y la marcación» (Foucault, 2014: 231) para identificar a los internos como personas buenas o malas, lo que permite seleccionar a aquellas que servirán para reproducir el funcionamiento de la institución misma. Por eso es frecuente que los cargos que se ostentan un día, al otro día se pierdan, y el interno que se consideraba superior vuelve a la condición de inferioridad.

Abordar la vida cotidiana de las personas que viven el internamiento del modelo residencial no profesional, implica hacer referencia a lo que Berger y Luckman (1999) llamaban «estructura temporal de la vida cotidiana» (p.46), es decir, la imposición de secuencias preestablecidas en la agenda de cualquier día de los internos. En esas circunstancias, las experiencias de vida impregnan la biografía misma de cada uno, y la temporalidad se experimenta como un estado de conciencia. Así, aunque las prácticas que configuran al modelo residencial no profesional son normadas, vigiladas y colectivas, cada persona durante su internamiento desarrolla percepciones y valoraciones diferentes. Estas diferencias forman parte del discurso donde se construye el reconocerse como «sujetos drogodependientes». Cada uno de los internos elabora una perspectiva diferente sobre la función que tiene el modelo de intervención que recibe para lograr rehabilitarse.

En la condición de internamiento, en un sistema de supervisión continua de la que no escapa nadie, las personas drogodependientes bajo intervención del modelo residencial de tratamiento no profesional a la drogodependencia convierten las prácticas cotidianas a las que son expuestos en experiencias de vida. Estas prácticas fluctúan entre castigos y premios, y suelen ser aceptadas por los internos sin objeción, mientras esperan su libertad.

Los internos desarrollan lo que Berger y Luckman (1999: 45) denominan «facticidad de la temporalidad», es decir, asumen que su estancia en el internado será por un tiempo limitado. Por lo tanto, solo deben dejarse llevar por la cotidianidad y hacer todo lo que se les pide. Esta facticidad de la temporalidad, en el sujeto drogodependiente en condición de interno bajo el modelo residencial no profesional, actúa de manera coercitiva cuando no se ha tomado conciencia de ello.

### **3.7. El sujeto drogodependiente como construcción social**

El ser humano, dependiente por naturaleza, en el transcurso de su desarrollo va moldeando la construcción de su persona al incorporar las experiencias de la vida cotidiana mediante la interacción social, influido de manera decisiva por la cultura (Romaní, 2010). Asume el problema del consumo de las drogas como una construcción social que está relacionado con el contexto político, económico y cultural del sujeto. Desde esta perspectiva, debe pensarse la construcción del sujeto drogodependiente como producto de las interrelaciones de factores microsociales de tipo personal, social y locales articulados con los determinantes macrosociales que responden a la estructura social determinada por el contexto histórico. De esta manera, en términos de (Dumont y Clua, 2015) el medio ambiente configura ciertos estilos de vida en los sujetos, los que pueden ser cuestionados desde el compromiso individual y colectivo que asumen en el desarrollo de actividades sociales realizadas en un contexto determinado socialmente.

Los estilos de vida, concebidos por Dumont y Clua (2015), son «el resultado de un proceso de negociación individual y colectiva entre estructura social y disposiciones, donde la relación práctica no está meramente ligada a la práctica, sino que la práctica es, en realidad, una relación reflexiva de ella» (p.86). Esto cobra sentido en el mundo de las drogas, donde ciertas prácticas cotidianas de las personas que las consumen, producen determinados comportamientos personales que a su vez las van configurando identitariamente ante la sociedad como persona usuaria de drogas. En este sentido, la construcción social del sujeto drogodependiente es un proceso dinámico y complejo.

La construcción social como realidad de la vida cotidiana, según Berger y Luckman (1999), tiene un carácter intrínseco y se presenta ante las personas como una realidad interpretada y

subjetiva de carácter coherente, es decir, lo que la persona vive *es así para todos*. Así, el sujeto drogodependiente considera que consumir drogas es normal, dado que forma parte de una sociedad donde frecuentemente se consumen diversas sustancias psicoactivas tanto legales como ilegales para sentirse bien y desempeñarse mejor (National Institute on Drug Abuse [NIH], 2014), así como también ponderan los efectos positivos que les produce el consumo de estas sustancias sobre los negativos.

Ser sujeto drogodependiente, en el marco de una comprensión sociológica, pasa por asumir que el consumo de ciertas sustancias es parte necesaria de la vida; o bien, pasa por buscar y lograr, a través del consumo, la aceptación y la inclusión en los grupos sociales a los que se desea acceder. Berger y Luckman (1999) lo refieren como la realidad que se vive y debe ser asumida como dada. Dicho de una manera aparentemente tautológica, para el sujeto que ha desarrollado la drogodependencia la realidad es real según los dictados de sus pensamientos y acciones.

Como realidad subjetivada los determinantes sociales<sup>6</sup> establecidos como condiciones de inequidad forman parte estructural de la cotidianidad de las personas que viven en condiciones de miseria, violencia, falta de recursos e inversiones del Estado; personas cuya vulnerabilidad facilita el consumo de sustancias psicoactivas (Arena, 2014). Ante esto, organismos internacionales, como la OMS, la OPS y la OEA, se pronuncian para que los Estados mejoren las condiciones de vida, disminuyan la pobreza extrema y amplíen la cobertura en salud, para atender el problema de las drogas. La OMS recomienda específicamente (Vega, 2009: 8-1) mejorar la calidad de vida, priorizando niños, niñas y mujeres, 2) mejorar la naturaleza y la calidad de las condiciones de trabajo y el medio ambiente en el que viven los ciudadanos, y 3) mejorar el acceso y utilización de los sistemas de salud y protección social.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, es evidente la importancia de los factores sociales, culturales y económicos, dado que las personas que llegan al consumo de drogas en grado problemático incrementan más sus niveles de pobreza, y pasan a formar parte de la

---

<sup>6</sup> Determinantes sociales estructurales que explican las inequidades en salud: condiciones del contexto social que en el marco de la sociedad actual dan contenido a las políticas públicas económicas y sociales, así como a las condiciones de gobernanza del sistema (Vega, R. 2009). Informe Comisión Determinantes Sociales de la Salud de la Organización de la Salud.

gruesa franja de la exclusión social. Según Giddens (2006), la exclusión social impide a los individuos y grupos tener oportunidades con las que cuenta la mayoría de la población (p. 362), aunque en los países del llamado tercer mundo, las oportunidades las suele tener una minoría. En todo caso, las personas excluidas pierden oportunidades laborales, educativas, servicios de salud y desarrollan un deterioro de las redes familiares. Así, la exclusión social de las personas con consumo de drogas en grado problemático se agudiza progresivamente, sus prácticas cotidianas lo van identificando como persona consumidora de drogas hasta establecerse como sujeto drogodependiente, que genera temor y desconfianza. En otras palabras, la persona encarna el estigma social históricamente asociado a las prácticas del consumo problemático en los términos ya referidos.

Lo anterior lleva de nuevo a recordar que en drogodependencia existe esa relación compleja entre el sujeto, el contexto y la sustancia (Romaní, 1977). Los determinantes sociales pueden facilitar o inhibir el consumo de drogas, pero, si las sustancias sirven para olvidar por un momento las carencias materiales e inmateriales, la persona puede quedar atrapada y convertirse así en parte del mercado de las drogas. Las personas que entran a este mercado construyen una baja percepción de riesgo. Esta percepción es una variable clave en el inicio y la permanencia del consumo de las drogas en cuya conformación intervienen la subjetividad y otros factores complejos como las experiencias relacionadas con las drogas, la cantidad y la calidad de la información que se tenga de ellas, las creencias, las actitudes, los estereotipos y las motivaciones personales (García, 2012).

En relación con la baja percepción de riesgo, Uribe, Verdugo y Zacarías (2011) encontraron que el consumo frecuente de drogas ilícitas en los adolescentes se relaciona con aspectos socioculturales donde la percepción del nivel de peligrosidad de las sustancias es mínima. Lo sociocultural comprende la inmersión de la persona drogodependiente en el espacio de las disposiciones social es donde se desarrolla lo que Bourdieu (2011) denomina habitus, es decir,

[...] sistemas de disposiciones duraderas y transferibles, [...], predisuestas para funcionar como estructuras estructurantes, es decir, como principios generadores y organizadores de prácticas y representaciones que pueden estar objetivamente adaptadas a su fin sin suponer la búsqueda consciente de fines y el dominio expreso de las operaciones necesarias para alcanzarlos,

objetivamente «reguladas» y «regulares» sin ser el producto de la obediencia a reglas, y, a la vez que todo esto, colectivamente orquestadas sin ser el producto de la acción organizadora de un director de orquesta (Bourdieu, 1991: 92, cit. en Capdevielle, 2011: 34).

El habitus se configura a partir de condicionamientos sociales asociados a una determinada condición, a la que le corresponden bienes y propiedades de acuerdo a la afinidad o estilo de vida. En este sentido, puede decirse que las personas consumidoras de sustancias ilegales construyen un «espacio social» (Bourdieu, 2011: 29) a través de grupos distribuidos en función de su posición social en el mundo del consumo de las drogas. El habitus, según Bourdieu, también actúa como principio generador de determinados estilos y prácticas de vida. Este autor afirma que «los habitus, están diferenciados; pero también son diferenciadores» (p.31). En estos términos puede comprenderse cómo el drogodependiente desarrolla ciertas prácticas de riesgo, que se expresan en comportamiento específicos y participan en la trasmisión de patrones conductuales dentro del mundo del consumo de drogas.

### **3.8. La construcción del sujeto drogodependiente como producto de consumo**

La drogodependencia, basada en el consumo de drogas ilegales, debe diferenciarse de otras formas de dependencia que existen en la sociedad actual, como la adicción a drogas no ilegales, dependencia a juegos, al sexo, entre otros tipos de adicción características de la sociedad de consumo. Si bien la persona, ante cualquier tipo de dependencia, reproduce patrones de comportamiento peculiares, en el consumo de drogas ilegales esta peculiaridad se acentúa aún más. En términos de Bauman (2013), como *sociedad de consumidores*, puede plantearse que, en el consumo de drogas ilegales en grado problemático, «nadie puede convertirse en sujeto sin antes convertirse en producto, y nadie puede preservar su carácter de sujeto si no se ocupa de resucitar, revivir y realimentar en sí mismo las cualidades y habilidades que se exigen a todo producto» (p.21). Bauman se refiere a la sociedad de consumidores como «un conjunto específico de condiciones de existencia bajo las cuales son muy altas las posibilidades de que la mayoría de los hombres y mujeres adopten el consumismo antes que cualquier otra cultura» (p.77). En esta sociedad, el mercado de las drogas se encarga de marcar la pauta entre el sujeto y la sustancia, a través de la oferta y la demanda que impone a las sustancias de consumo.

Desde la perspectiva de Bauman (2013: 24), el consumo de drogas se consolida como parte del mercado de consumo. Los sujetos con sus distintas «razones o motivos» son contruidos por los factores de riesgo, generados desde la estructura social, política y económica que impera en el actual modelo neoliberal. Estos factores, reconocidos como determinantes sociales estructurales, se convierten en precursores estimulantes en el sujeto para ingerir drogas, convirtiéndolos en potenciales compradores. El carácter adictivo de las drogas *produce* la drogodependencia, y esto hace que funcione como producto del mercado. Dentro del fenómeno adictivo compulsivo se establece lo que Bauman reconoce como el espacio que distribuye a los individuos, según la posición que ocupe en la vida del consumo de las drogas, si como vendedor, distribuidor o consumidor. La adicción a las drogas se convierte en ese espacio que fortalece los lazos entre los seres humanos que las consumen, y, al mismo tiempo, alzan las barreras que los separan de su entorno. Estas barreras se expresan en la pérdida de salud y en la consolidación de la drogodependencia como una enfermedad problemática.

Considerando lo anterior, puede asumirse que los drogodependientes construyen sus propios grupos de interacción en la cotidianidad de su vida social para preservar el consumo de las drogas. En palabras de Bauman (2013), «ellos son habitantes del mismo espacio social conocido con el nombre de mercado» (p.18); en este caso, el mercado de las drogas. En estos espacios sociales los consumidores de drogas ilegales, conforman grupos de interacción en los que intercambian experiencias y sustancias, construyendo su propia sociedad de consumo (Bauman, 2013).

Continuando con algunas de las ideas de Bauman, el sujeto consumidor de drogas ilegales transforma su consumo en consumismo, a través de la «reconversión de los deseos, ganas o anhelos humanos» (47) en la principal fuerza de impulso de la sociedad de consumo. Así, se transforma la necesidad creada, como la adicción a las drogas, en el principal producto del mercado del narcotráfico. Esta es una manera de entender cómo el consumo de drogas en grado problemático se transforma en producto de intercambio entre un sistema de mercado de drogas y el sistema que oferta los servicios de internamiento que pretende rehabilitarlos.

La demanda en el mercado de las drogas genera competencia. Los productores se esfuerzan para generar el mejor producto de consumo. Tal es el origen de las drogas sintéticas o de diseño. Parafraseando a Bauman, las metanfetaminas vendrían a marcar la etapa o era moderna de la producción. Como ya se ha dicho, estas drogas se caracterizan por su mayor potencial adictivo, con lo cual aumenta exponencialmente la capacidad de querer, de desear, y de anhelar. Así, el sentido hedonista del consumo de drogas, el deseo de sentirse bien siempre, se convierte en una falla potencialmente fatal que causa disrupción y mal funcionamiento social de las personas consumidoras, puesto que asocian el bienestar individual al aumento permanente del volumen y la intensidad de la satisfacción de sus deseos. En este aspecto, la persona se concentra en la búsqueda constante del placer sensorial, el cual es insaciable, porque la satisfacción de un sentido genera el deseo en otro. Sin embargo, ante la pérdida de control que implica el frenesí hedónico del consumo de drogas, sobreviene el estigma del adicto, el que, según Maldonado y Briseño (2014), está impregnado de atributos que marcan negativamente la vida social de la persona drogodependiente.

Con base en las consideraciones anteriores, se puede afirmar que el hedonismo es el fundamento del comercio de drogas. En el mundo del mercado descrito por Bauman, las relaciones humanas entre los consumidores de drogas se configuran en un mercado ilegal donde las diversas sustancias psicotrópicas que se intercambian están estrechamente relacionadas con la producción de placer. Entre estas sustancias destacan las anfetaminas, las que han venido a sumarse a la gran variedad de productos dentro del narcomenudeo y que se distribuyen con mucha facilidad en la sociedad actual, a pesar de la política prohibicionista impuesta por el Estado. Estas drogas han resultado ser muy efectivas debido a su poder adictivo, por ser psicoestimulantes, es decir, por su capacidad por producir una mayor liberación de neurotransmisores en el cerebro (Kuhn, Swartzwelder y Wilson, 2010). Estas drogas se caracterizan por producir una sensación de mayor energía, aumentar el estado de alerta, la locuacidad y el bienestar. Cuando se inyectan o fuman, producen además una sensación de euforia.

Las drogas psicoestimulantes referidas, al ser combinadas con otros sustratos, generan efectos que atrapan al sujeto por la aceleración de la producción de dopamina en el cerebro.

Cuando las personas se encuentran en este estado, producen una trama de conflictos personales, familiares y sociales. Tras ser identificados como consumidores de drogas en grado problemático, se requiere del internamiento como medida de contención. Este tipo de sustancia se ha convertido en droga de impacto en internos de los centros de rehabilitación, y ha desplazado a la cocaína (González-Reyes, 2011).

En ese sentido, retomando la orientación de Bauman (2013) sobre la sociedad de consumo, el deseo humano de seguridad y estabilidad es un factor fundamental para comprender la producción y consumo de drogas. Este deseo humano en lugar de ser ventajoso se convierte en una variable de disrupción social, perjudicial para el propio sujeto, la familia y su entorno general. Pese a que el sustento del consumo de drogas se justifique en la persona, por encontrar con ella, «una vida feliz» (p.66), no deja de ser su consumo en grado problemático el elemento nocivo que provoca la ruptura funcional del sujeto con su entorno social.

Para Bauman, el consumo tiene una arista física o técnica económica. Consumir es gastar (se) físicamente y, también, destruir bienes. Esta construcción sociológica está asociada a lo planteado por Foucault sobre la corporalidad de la persona como un bien, el único del que se tiene propiedad absoluta como ser humano, según sus postulados. Así, el consumo de drogas devalúa el valor corporal en sí mismo, es decir, disminuye el valor del cuerpo personal y del cuerpo social. El estigma es la expresión corporal de esta desvalorización. Esta manifestación corporal se acentúa más con la administración de drogas del grupo cocaínas y anfetaminas, dado que «copian los efectos del sistema nervioso simpático» (Kuhn, Swartzwelder y Wilson, 2010: 297), proceso que requiere descomponer la grasa corporal para ayudar a movilizar la energía, lo que contribuye a la pérdida de peso, llegando a veces a la delgadez extrema propia de los estados de desnutrición crónica. La corporalidad adquiere facies de desgaste físico, que semeja enfermedad y siembra la percepción de estereotipos de desconfianza.

Según Flores y Reidl (2007), el consumo de drogas implica el despliegue de prácticas asociadas a la relación poder-saber, y se ha convertido en un delito que se aloja en el cuerpo del sujeto, de allí que su cuerpo sea objeto de persecución, castigo y/o rehabilitación. La transformación subjetiva está supeditada a la transformación corporal. Se deben adoptar

formas específicas de relacionarse con el propio cuerpo, definidas por el contexto sociocultural. La condición del drogodependiente está determinada por el efecto de las sustancias de consumo sobre el cuerpo, cambia la percepción de su cuerpo, de sus sentidos y de la realidad que lo rodea, y progresivamente desarrolla la personalidad del drogodependiente, es decir, se convierte en una persona desalineada, desinhibida, que despliega prácticas de riesgo en su vida cotidiana.

Por otro lado, a pesar de los imperativos de la sociedad de consumo, algunas personas han promovido un discurso según el cual consumir drogas debe considerarse como un derecho humano, el cual debe ser ejercido sin distinción de género y de edad. En este sentido, se alude a que el uso corporal de algunas sustancias psicotrópicas produce «un bien», por ejemplo, el control de una enfermedad o para conseguir mejores grados de excitación sexual. Sin embargo, sigue prevaleciendo la idea de que el consumo de drogas tiene un origen y un sentido hedonista basado en el fuero individual. Desde esta perspectiva, vivir en un país libre implica que decidir y elegir también son actos libres, por lo tanto, consumir drogas depende de lo que cada persona decide y del tipo de vida que desea vivir. En este sentido, las elecciones de vida dependen de cada quien, y la persona, es la única culpable si lo que elige no la conduce a la felicidad. Bajo este criterio, para el caso del consumo de drogas, esta concepción construye al sujeto drogodependiente como el único responsable de su enfermedad.

Lo anterior propicia que el Estado, en su política de salud pública, asuma la drogodependencia como una enfermedad cuya etiología se basa en la responsabilidad de cada persona que la padece, porque, en primera instancia, fue decisión de ella comenzar a consumir drogas. Así, se justifica la desatención en el tratamiento de las adicciones por parte de la política pública, y la responsabilidad es asumida por las familias a través de instituciones públicas alternativas que, en términos de Bauman, funcionan como «agencias comerciales» deseosas de tomar a su cargo las tareas abandonadas por la «gran sociedad», en este caso, por el Estado. Consecuentemente, estas «agencias» se convierten en instituciones totales, en el sentido de Goffman<sup>7</sup> (2009) y están representadas por el modelo

---

<sup>7</sup>Institución total: un lugar de residencia y trabajo, donde un gran número de individuos en igual situación, aislados de la sociedad por un periodo apreciable de tiempo, comparten en su encierro una rutina diaria, administrada formalmente (*Internados: ensayo sobre la situación social de los enfermos mentales*, p.15)

residencial de tratamiento no profesional a las adicciones y las instituciones privadas como los centros de internamiento para drogodependientes que se anuncian como profesionales, las que venden sus servicios de rehabilitación a «los afligidos, ignorantes y confundidos consumidores» (Bauman), en este caso, a los drogodependientes con síndrome de confusión aguda<sup>8</sup> que ameritan ser internados para su recuperación.

---

## **CAPÍTULO IV: PROPUESTA METODOLÓGICA PARA UNA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA**

### **4.1. Una aproximación cualitativa a los centros de rehabilitación**

En esta investigación se asumió una variante del método etnográfico conocida como cuasi-etnografía. Esta variante se inscribe en el marco más general de la investigación cualitativa. Así, llevé a cabo una serie de acercamientos a las personas internas bajo el modelo residencial de tratamiento no profesional a las adicciones en condición de internos. Estos acercamientos los realicé a cabo en tres centros definidos como instituciones residenciales no profesionales; dos de puertas cerradas y uno de puertas abiertas, reconocidas así por el Consejo Sinaloense Contra las Adicciones. La intervención en los tres centros se basa en la ayuda mutua y la guía de los doce pasos de Alcohólicos Anónimos (A.A.). Los internos que llevan más tiempo de abstinencia apadrinan a los de nuevo ingreso, para aconsejarlos y orientarlos durante el internamiento. Uno de los centros es religioso, así que, además de la ayuda mutua, sustentan la intervención con actividades de fe en el Dios con prácticas de asistencia a misas y oratorios, aunado a realización de actividades de mantenimiento para la institución como la venta de galletas, entre otros productos comestibles que se les enseña a preparar.

De las personas que dirigen estas tres unidades de internamiento, dos son ex consumidoras de drogas, y la perteneciente al centro religioso nunca lo ha hecho. El objetivo general fue analizar la construcción del modelo residencial de tratamiento no profesional a las adicciones y las prácticas que lo configuran, desde la perspectiva de personas con consumo de drogas ilegales en condición de internamiento en centros de rehabilitación para comprender su funcionalidad en la rehabilitación.

En ese sentido, el interés estuvo centrado en conocer la funcionalidad de este modelo para la rehabilitación, tomando como insumo principal la experiencia de vida en el consumo de drogas en grado problemático y los internamientos vividos en los centros de rehabilitación. Del mismo modo, definí dos objetivos específicos: **1)**. Describir las experiencias de las personas drogodependientes bajo tratamiento del modelo residencial no profesional a las adicciones, a partir de sus relatos sobre el consumo de drogas ilegales y las prácticas

cotidianas que viven durante su internamiento y 2). Analizar las experiencias de las personas drogodependientes relacionadas con el consumo de drogas ilegales y los internamientos bajo el modelo residencial de tratamiento no profesional a las adicciones.

En tal sentido, la adopción de la metodología cualitativa fue apropiada, puesto que permite estudiar complejas realidades sociales centrando la atención en las personas y en sus relaciones dentro de sus propios entornos naturales (Angrosino, 2012). En este caso, introducirse al contexto del encierro institucional permitió registrar las experiencias, prácticas y sentidos que los actores sociales construyen de sus realidades vividas, compartidas y situadas. Así, tal como sugieren Denzin y Lincoln (2005) y Martínez (2011), la actividad investigadora fue situada y centrada en el encuentro y la interacción personal, allí donde las prácticas y las interpretaciones visibilizan a las personas ante el mundo.

Esta aproximación metodológica también está en parte influenciada por el interaccionismo simbólico; específicamente, en lo que se refiere al enfoque comprensivo e interpretativo del modelo sociocultural, que se centra en la persona y su relación con el contexto social (Apud Romaní, 2016). Igualmente, tal como se ha adelantado, algunas nociones de Michel Foucault han servido de apoyo al desarrollo metodológico de esta investigación. Concretamente, el posicionamiento asumido es afín a la función institucional del sistema carcelario expuesta por este autor en su obra *Vigilar y castigar*. Del mismo modo, Foucault fue fundamental para comprender cómo se despliega el poder en el modelo residencial y la expresión corporal que adquiere el castigo en los internos. En este respecto, fue de mucha ayuda la noción de cuerpos dóciles.

La orientación etnográfica de esta investigación también tuvo presente algunas ideas de Erving Goffman. Como ya se dijo, para comprender la situación de las personas entrevistadas en el modelo residencial, en particular, el binomio rehabilitador/interno como parte sustancial del entorno residencial, fue clave asumir el modelo según la lógica de la *institución total*, tal como la desarrolla Goffman.

La perspectiva metodológica seleccionada, compleja y con múltiples influencias, favoreciendo la interacción con los sujetos en su ambiente cotidiano, permitió acercarse al consumo de drogas en grado problemático y al encierro como método de tratamiento.

Asumiéndolo en una realidad social y como problemas de salud actual (Sandoval, 2002; Romaní, 1997). Esta perspectiva brindó la oportunidad de acercarse al nivel microsocioal de las interacciones, para comprender las prácticas de consumo de manera inmediata y natural. En este sentido, la aproximación metodológica asumida es heredera de aquellas investigaciones que, según Romaní (1997), a partir de las décadas de 1950 y 1960, han contribuido de manera significativa a la construcción de una perspectiva diferente del modelo jurídico represivo de atender las adicciones. Otros estudios, como *Engordar la vena* (Ovalle, 2009); *El «Yo» deteriorado: estigma y adicción en la sociedad de consumo* (Mercado, 2013); *Entre la espera y la esperanza: construcción de la esperanza en internos de centros de rehabilitación para usuarios de drogas* (Odgersy Galaviz, 2016), en sus textos ofrecen una comprensión sociocultural amplia de las adicciones.

#### **4.2. Método etnográfico: una cuasi-etnografía para la comprensión sociocultural de las adicciones y el modelo residencial de tratamiento**

Si bien Goetz y LeCompte (1988) consideran que la etnografía es un método aplicable en el campo educativo, que consiste en estudiar los espacios institucionales profesionales, actualmente ha podido trasladarse a los escenarios relacionados con el tratamiento del consumo de drogas en grado problemático. Según Guber (2001), la etnografía no se agota en el aspecto puramente metodológico, sino también es un enfoque y es un texto. Esta triple concepción (enfoque, método y texto) permitió que fuera considerada como pertinente para llevar a cabo esta investigación. El enfoque etnográfico permitió elaborar una interpretación apegada a lo que viven las personas drogodependientes en condición de internos de los centros de rehabilitación estudiados y, a la vez, vincular los insumos empíricos con la teoría para lograr una comprensión integral y alcanzar el objetivo planteado.

El enfoque etnográfico es humanista, se basa en la descripción y en la interpretación para explicar cómo las personas configuran y reconstruyen la realidad social a través de la interacción entre ellas y con su ambiente. Asumiendo el rol de médico, como investigadora y autora de este trabajo, pude obtener datos descriptivos sobre el contexto y algunas actividades valiosas para comprender cómo opera la rehabilitación en estas unidades de internamiento. Este involucramiento me permitió compartir con las personas sus experiencias cotidianas dentro del encierro. Compartir el rol binario de sujeto-objeto activo

de investigación, se tradujo en una dinámica transversal durante el trabajo de campo, en virtud de desarrollar la observación, el interrogatorio y el registro aunado a la reflexión permanente.

Según Goetz y LeCompte, hay una cierta sinonimia entre la cuasi-etnografía y la micro-etnografía. Sin embargo, más allá de las denominaciones formales, el trabajo de campo consistió en la inmersión en los escenarios residenciales por un periodo corto, con número frecuentes de visitas, para hacer registro de observación y entrevistas a las personas en condición de internamiento del modelo residencial de tratamiento a las adicciones. Inicialmente, el tiempo de duración de cada visita fue de dos horas, dos días a la semana. Este tiempo fue concertado inicialmente con los representantes de cada centro. Sin embargo, a medida que el trabajo de campo se fue desarrollando se ganó confianza, el tiempo de las visitas se fue extendiendo. Puesto que se trató de una cuasi-etnografía, la duración del trabajo de campo fue menor comparado con el tiempo que se invierte en la etnografía tradicional.

La cuasi-etnografía se sustenta en la realización de un trabajo intensivo y en profundidad, en un tiempo crítico. Según Silva y Burgos (2011), la cuasi-etnografía es adecuada para documentar la vida cotidiana de colectivos humanos a partir de visitas frecuentes al campo durante breves lapsos de tiempo. En la perspectiva de estos autores, la cuasi-etnografía presenta «una visión alternativa de la relación entre el tiempo y el proceso de investigación etnográfica» (p. 91), dicho de otro modo, con un tiempo mínimo es posible producir un conocimiento suficiente. Así, en esta investigación, por su carácter cuasi-etnográfico, se realizaron múltiples visitas a los escenarios residenciales, para recabar información suficiente que aportara elementos para ayudar a comprender la funcionalidad que construyen las personas drogodependientes que viven bajo el modelo residencial de tratamiento no profesional a las adicciones, en busca de la rehabilitación física y mental. Esto se logró ofreciendo servicio médico dentro de los centros de internamientos para hacer contacto con los internos.

#### **4.3. Contextualización del trabajo de campo**

El trabajo de campo se llevó a cabo en la ciudad de Culiacán Rosales, Sinaloa, entre mayo

y septiembre del año 2016. Tal como ya se ha indicado, este trabajo se realizó en tres centros residenciales de tratamiento no profesional para personas drogodependientes, seleccionados con nivel II y III, según la clasificación de COSICA. Estos centros no cuentan con personal profesional de la salud de manera regular, sino con personal conformado por ex drogodependientes o por personas provenientes de organizaciones religiosas. Siguiendo las recomendaciones de Goetz y LeCompte (1998), se seleccionaron entornos y personas que pudieran responder a los objetivos del estudio. Se eligieron personas con voluntad de participar, en las que el consumo de drogas en grado problemático aún no afectara su memoria y razonamiento.

Asimismo, se asumieron los principios éticos de investigación referidos por Angrosino (2012), respecto a la investigación cualitativa etnográfica. En este sentido, se reservó el nombre de cada institución y el de las personas que participaron en las entrevistas. A las instituciones se les asignó las letras A, B y C, según el momento de acceso. A las personas se les asignó un pseudónimo, sugerido por ellas mismas antes de iniciar las entrevistas, y un código numérico junto con la letra A, B y C, correspondiente al centro de internamiento en el que fueron entrevistadas. Entre los participantes, solo una persona era mujer, pero por ser de primer ingreso, se excluyó de la entrevista en profundidad.

En los tres centros, el primer encuentro con los internos fue a través de una valoración socio-médica, donde se formalizó la relación de acompañamiento durante el tiempo que duraría el trabajo de campo. Con algunos de los internos se tuvo más de una entrevista, con motivos de valoración médica o por la investigación misma. En total, participaron 168 usuarios de estos servicios, distribuidas en los tres centros de internamiento. Importa decir que sus representantes aceptaron que participaran en la investigación, tal como lo sugiere Martínez-Salgado (2012).

Como investigadora con formación médica, la valoración socio-médica tuvo dos objetivos centrales: 1) constituir el expediente médico, que fue entregado a la institución cumpliendo con el acuerdo de intercambio establecido como negociación para conseguir la entrada a los centros, 2) aplicar los criterios de exclusión establecidos para la selección de los participantes. No fueron incluidas personas que a) eran de primer ingreso al modelo residencial (un total de 43 personas), b) quienes no aceptaron participar, c) las personas que

tenían un trastorno mental que les impedía mantener una comunicación coherente y d) los internos consumidores de droga legales. De los internos, 125 son reincidentes. De los reincidentes se descartaron para entrevista en profundidad a 10 por presentar daño psiquiátrico, a 5 por ser consumidores solo de alcohol y a 6 que no aceptaron la entrevista. Se descartaron 5 hombres más por fugarse al salir a realizar actividades extramuros a centros comerciales; de limpieza y ordenar productos de abarrotes con la finalidad de recibir a cambio productos alimentarios para la institución residencial. Finalmente, fueron excluidas 10 más, por encontrarse algunas en labores de construcción de un nuevo centro y otras por realizar labores propias de la institución de internamiento. Debido a estas actividades no pudieron acudir a la entrevista cuando se les llamó en reiteradas ocasiones.

La aproximación cuasi-etnográfica permitió entrar en contacto cotidiano con cada persona que habita los entornos terapéuticos, sin mediación de prenociones que perturban la comprensión de lo que sucede en el campo. Cada interno representó una unidad de análisis. Esto no significa que se la abordó como un individuo aislado. Todo lo contrario, cada persona fue considerada como una expresión social, como una entidad que forma parte de un colectivo; solo así podía dar cuenta de la funcionalidad que tiene el modelo residencial no profesional y el consumo de drogas. Las entrevistas fueron transcritas, contienen información sensible y relevante sobre las prácticas cotidianas que viven los internos y sobre las modalidades de intervención para rehabilitarlos de los trastornos que estos han desarrollado producto de la drogodependencia. En los relatos se encontraron algunas semejanzas y diferencias entre los castigos practicados en las diferentes unidades residenciales por las que han pasado los entrevistados. Esto permitió ampliar la visión sobre este tipo de prácticas cotidianas que caracterizan al modelo residencial que opera en la comunidad sinaloense.

Por otro lado, a través de las narraciones y opiniones, se logró conocer los roles, conductas y expectativas de los internos desarrolladas en el entorno residencial terapéutico. Así, en esta investigación, se consideró importante todo aquello que las personas internadas aceptaron compartir, acerca de la utilidad del modelo residencial durante el proceso de rehabilitación, sobre el logro obtenido en relación con el daño provocado por el consumo de drogas y cómo se manifiesta para cada una de ellas ese logro. Las características de esas

prácticas y cómo son construidas por las personas que las internalizan, se fueron configurando en las entrevistas en profundidad, y, en consecuencia, cobraron sentido tanto para el interno como para la investigadora. En los relatos, los internos expresan su sentir y su percepción de las contingencias a las que están expuestos día tras día.

Con frecuencia, al finalizar cada entrevista, algunos internos afirmaban que «somos la misma historia en diferente actor», «todos pasamos por lo mismo», es decir, aunque cada uno fuese diferente, la experiencia del consumo problemático y de la rehabilitación los convertía en semejantes. En ese sentido, la interpretación construida y asumida por cada persona que vive el modelo residencial, da cuenta de la pertinencia que tiene esta forma de tratar las adicciones y, al mismo tiempo, aporta información relevante sobre cómo estas personas se perciben a sí mismas. Así, el paradigma interpretativo (Vasilachis, 2007) sirve para nutrir la comprensión del modelo residencial y de las adicciones, basándose en la información directa que el sujeto en condición de internamiento produce cuando habla. Este paradigma, entonces, es adecuado para dar cuenta de su realidad. En efecto, la cuasi-etnográfica, que es expresión concreta de este paradigma, permitió registrar cómo el sujeto drogodependiente en proceso de rehabilitación dentro del modelo residencial define sus aspiraciones, deseos, motivaciones, fines y propósitos a partir de sus valoraciones y percepciones. No es, pues, el investigador quien define la realidad del investigado, sino el investigado mismo.

En este mismo orden de ideas, la validez del conocimiento que se genera en el marco de la cuasi-etnografía se basa, precisamente, en que la fuente principal es la persona investigada, la persona que más sabe de lo que habla porque es la protagonista de su propia vida. Sus percepciones y su identidad corresponden a su realidad actual. Por esta razón, la cuasi-etnografía se detiene en los detalles. Así, hubo que escuchar una y otra vez las grabaciones de audio y transcribir cada entrevista incluyendo entonación, muletillas y silencios (Farías y Montero, 2005). Luego, hubo que leerlas varias veces, lo que no solo sirvió para captar con precisión y fidelidad la realidad del entrevistado, sino también para enriquecer la reflexión como investigadora en cuanto tal. En este sentido, se puede afirmar que la entrevista y la interpretación misma son procesos continuos, dinámicos que no se detienen cuando el entrevistado deja de hablar y se apaga la grabadora. La transcripción, al hacerla con

detenimiento y de manera sistemática, permitió volver al momento en que se estableció la relación de médico investigadora-investigado. Se dio vida, al diálogo y a la observación a través del recuerdo. De ese diálogo con el interno en rehabilitación, con el servidor de la institución residencial y de la observación participante del entorno y las prácticas *in situ*, se han construido los resultados de esta investigación.

#### **4.4. El acceso al campo**

La búsqueda de los centros de rehabilitación de pacientes drogodependientes para realizar el trabajo de campo, dio inicio una vez aceptado este proyecto de investigación, por parte del comité tutorial durante el Segundo Coloquio de Investigación del Posgrado de Trabajo Social. El doctor Burgos Dávila, al finalizar la sesión, solo dijo: «lo que hace falta es que ya te vayas al trabajo de campo», y, posteriormente, «debes conseguir al menos tres centros». Así que sus dos sugerencias fueron seguidas al pie de la letra. Hecho que suscitó por algún momento sentimientos de incertidumbre.

Las preguntas surgieron luego, ¿cómo conseguir entrar a los centros de internamiento? ¿Cuántos centros se podrán visitar? ¿Con quién platicar para conseguir el acceso? Desde el mismo principio, la metodología estaba definiendo su propia complejidad reflexiva. En múltiples ocasiones, el director de la tesis había remarcado que cuando el investigador asume la lógica etnográfica para el estudio de una realidad, trata de comprender lo que pasa integrándose a ella. Asimismo, agregó que la introducción en el campo podía ser una tarea difícil, sobre todo siendo mujer, debido a los prejuicios propios del falocentrismo. Para dar cuenta de esta experiencia y aprovechar el vigor comunicativo de los verbos, en adelante, la autora ha decidido adoptarla voz activa, tal como sugiere el Publication Manual of the American Psychological Association [APA] (2010: 77). En última instancia, he sido yo la agente que realizó este trabajo de campo.

Inicialmente, acudí a las oficinas del CONADIC. Ahí me enteré de que algunas unidades, al ser evaluadas por la Comisión Federal para la Protección contra el Riesgo Sanitario [COFEPRIS], ya habían perdido su categoría de nivel, según me informó la persona responsable de vigilar y dar seguimiento a los centros de rehabilitación. También me dijo que «por la falta de recursos económicos de esta administración, ni siquiera el directorio se

había actualizado, por lo tanto las unidades que aparecen registradas, algunas ya no existen, y las recientemente registradas no aparecen en ese libro» (Nota de Trabajo de Campo, 28/04/2016). Eso dijo, mientras señalaba uno de los ejemplares del directorio de centros, de los que me obsequió uno.

Llamé a todos los centros con nivel II y III. Solo seis contestaron. El resto tenía activado el buzón automático. Las respuestas fueron «está suspendido» o «está cerrado» por razones personales o por indicación del Consejo Sinaloense Contra las Adicciones. El único que pude contactar vía telefónica fue un centro ubicado en la colonia los Huizaches, ubicada al sur de la ciudad. Inmediatamente, lo visité.

Al acudir a la entrevista, el responsable del centro fue amable. Me presenté como estudiante de la Facultad de Trabajo Social de la UAS con profesión médica que requería realizar trabajo de campo con pacientes drogodependientes. Agregué que durante mi trabajo haría valoraciones y entrevistas a los internos. Su respuesta fue tajante y negativa, argumentando que su centro contaba con psicólogo y médico, por lo tanto no necesitaba ese servicio. Mientras la conversación continuaba, le observé detenidamente y pude notar que atendía asuntos de su centro. Daba órdenes en tono fuerte a dos de los internos, ambos con aspecto de consumo físico muy marcados en su rostro y corporalidad. Además, tenían tatuajes en el tórax anterior y en los brazos. El dueño del centro tenía más tatuajes que los dos internos, pero su rostro se veía recuperado, su expresión era de satisfacción y su tono de voz era altanero. Presumía de tener un buen centro, indicando tácitamente que tenía todo bajo control. Con voz de mando, ordenaba a los muchachos que recogieran un tanque de gas en una dirección cercana al centro. De su cuello colgaba una gruesa cadena dorada. Durante toda la charla, exhibió, como si no quisiera hacerlo, una gran paca de billetes que mantenía en el cajón de su escritorio; hecho que me incomodó, y opté por preguntarle si podía recomendar otro centro. Sin más, proporcionó el contacto de un amigo que tiene un centro en el mismo sector.

Este segundo centro funcionaba en una casa de aspecto común, ubicada en un barrio muy humilde. En la fachada, había una reja de metal deteriorado donde colgaba el anuncio del centro. Dije tres o cuatro veces «¡Buenas tardes!», luego de lo cual apareció un hombre (a quien en adelante llamaré José), abrió la puerta y me invitó a pasar. Me pareció una

persona serena que infundía confianza. Usaba un pantalón de mezclilla roto y muy deslavado. La casa estaba en condiciones muy precarias, con acabados de diversos materiales de construcción. Había, dispersos por el espacio, carteras, tablas y cartones. Parecían materiales recogidos de la basura. Algunas secciones de la pared habían perdido la pellada y se podían ver los ladrillos. El techo dejaba ver láminas de carterita y cartón negro. El suelo era irregular, aparentemente de tierra, y estaba cubierto con trozos de alfombras viejas.

José me condujo a una oficina donde había un sillón muy viejo pero limpio y un escritorio con el mismo aspecto. Sobre el escritorio, había una libreta en la que alcanzaba a ver anotaciones hechas con pluma color azul. Pude distinguir un listado de nombres y números. Mientras le exponía los motivos de mi visita, José parecía muy atento e interesado. Le dije que buscaba el permiso para hacer valoraciones y entrevistas a los internos. El interés de José aumentó aún más y, sin hacer más preguntas, me respondió que sí podía hacerlas. En el curso de la conversación, José dijo que había 15 internos en el centro. Agregó que su centro no contaba con registro ante las autoridades. Le dije que eso no importaba.

Momentos antes de abandonar el lugar, llegó otro hombre de apariencia mayor que José. Tenía aspecto de enojo, lo percibí agresivo, inquisitivo, como si desconfiara de mi presencia ahí. José le dijo en tono bajo «Es una señora que viene de la UAS, para ver si puede hacer prácticas de médico». A lo que el hombre respondió «Ah, bueno pues». Ese día abandoné el lugar con una sensación de temor que me impidió regresar. Luego, la primera pregunta que me hice en ese momento fue ¿cómo puede ser posible que exista y se permita el funcionamiento de un centro de rehabilitación en estas condiciones, en plena Capital del Estado de Sinaloa, en el siglo XXI?

Al final, un contacto personal fungió de portero en dos de los centros que inicialmente me habían negado el acceso, y fue clave para conseguir el permiso de entrar a los centros B y C. Ya tenía permiso para el centro A. Esta persona era la encargada de gestionar apoyos económicos a los centros de internamiento dedicados a la rehabilitación para drogodependientes, desde la institución donde labora. Esta fue la razón por la que luego accedieron a conceder el mencionado permiso. Este procedimiento es un ejemplo patente de la manera como se dan las relaciones de poder en este tipo de instituciones, tal como las

trata Foucault (2013): mi entrada a los centros fue el producto de una concesión derivada de relaciones jerárquicas y de conveniencia que moldean la voluntad de los individuos. Una vez gestionado el permiso de entrada, acordamos que haría valoraciones médicas, las que dejaría por escrito en cada centro, en forma de expediente médico, y después realizaría las entrevistas para la investigación.

#### 4.5. Descripción socio-demográfica de los participantes

Para lograr una mejor comprensión de la base sociocultural de la población participante se exponen en tablas los datos sociodemográficos generales de las personas que habitan lo tres centros de internamiento que fueron estudiados. A un total 168 personas internadas les realicé la entrevista sociomédica. De las cuales como ya mencioné, solo una fue mujer y quedó excluida de la entrevista en profundidad por ser de primer ingreso. Los rangos de edad muestran que quienes ocupan estos centros son personas en plena edad productiva académica y laboral, como se muestra en la tabla número 1.

EDAD DE POBLACIÓN INTERNADA POR CENTROS				
AÑOS	NÚMERO DE INTERNOS			
	A	B	C	Total
14 a 18	4	4	7	15
19 a 23	4	5	11	20
24 a 28	5	5	7	17
29 a 33	8	9	15	32
34 a 38	4	4	9	17
39 a 42	8	6	10	24
43 a 47	4	6	10	20
48 a 52	3	2	4	9
53 a más	2	6	6	14
TOTAL	42	47	79	168

**Tabla número 1.** FUENTE: elaboración propia con datos del trabajo de campo.

La edad de inicio en el consumo de las drogas ilegales correspondió a una etapa biológica en desarrollo de vida productiva y formativa, en la que se deben desarrollar y consolidar responsabilidades dentro del entorno familiar, escolar y laboral como se muestran en la tabla número 2.

EDAD REFERIDA COMO DE INICIO EN EL CONSUMO DE DROGAS POR LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	
AÑOS	NÚMERO DE INTERNOS
14-18	125
19-30	32
31-40	9
41-50	2
51-60	0
61-70	0
TOTAL	168

**Tabla número 2.** FUENTE: elaboración propia con datos del trabajo de campo.

Las principales drogas ilegales con las que dieron inicio en el consumo fueron el cannabis y la cocaína, estas por algún tiempo les permitió continuar con sus actividades personales dentro de sus entornos familiares y socioculturales (ver tabla 3).

DROGA DE INICIO EN LA POBLACIÓN ESTUDIADA	
DROGA	NÚMERO DE INTERNOS
Cannabis	110
Cocaína	43
Cristal	9
Heroína	1
Alcohol	5
TOTAL	168

**Tabla número 3.** FUENTE: elaboración propia con datos del trabajo de campo.

Sin embargo, las prácticas de consumo evolucionaron a otras sustancias ilegales. Así encontraron la droga de impacto que les llevó al internamiento (tabla número 4).

DROGA DE IMPACTO EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	
DROGA	NÚMERO DE INTERNOS
Cannabis	9
Cocaína	33
Cristal	100
Heroína	18
Alcohol	6
BEN	1
ANF	1
TOTAL	168

**Tabla número 4.** FUENTE: elaboración propia con datos del trabajo de campo.

Tras el contacto con la droga de impacto, los entrevistados refieren haber truncado su proceso formativo escolar. Lo que expresa que quienes habitan el modelo residencial de tratamiento a las adicciones tengan niveles bajos de escolaridad (tabla número 5). También se encontró personas con niveles profesionales altos quienes desempeñaban labores docentes hasta antes de ser internados, excluidos de las entrevistas en profundidad por no haber aceptado o ser se primer ingreso.

ESCOLARIDAD DE LA POBLACIÓN INTERNADA POR CENTRO				
ESCOLARIDAD	NÚMERO DE INTERNOS			
	A	B	C	Total
Primaria	6	10	15	31
Secundaria	6	11	20	37
Preparatoria	7	6	6	19
Profesional	1	5	3	9
Primaria Inconclusa	8	6	12	26
Secundaria Inconclusa	4	0	5	9
Preparatoria Inconclusa	6	5	15	26
Profesional Inconclusa	3	2	1	6
Nula	1	1	0	2
TOTAL	42	47	79	168

**Tabla número 5.** FUENTE: elaboración propia con datos del trabajo de campo.

Una de las características que definen al grado problemático del consumo de drogas es precisamente la ruptura que la persona drogodependiente hace con su responsabilidad personal y social para conservar su desarrollo y evitar la exclusión social. La relación laboral mantenida como medio de sustento antes del internamiento en general se había perdido (tabla número 6).

EMPLEO DE LAS PERSONAS HASTA ANTES DE SER INTERNADAS POR CENTROS				
EMPLEO	NÚMERO DE INTERNOS			
	A	B	C	Total
Empleado	7	6	17	30
Desempleado	35	41	62	138
TOTAL	42	47	79	168

**Tabla número 6.** FUENTE: elaboración propia con datos del trabajo de campo.

Esta información es congruente con el hecho de que estas personas no aportaban económicamente a sus familias por padecer el consumo de drogas ilegales en grado

problemático. Otra de las pérdidas que fue frecuente escuchar en los relatos de los internos, fueron las relaciones afectivas entre la familia y de pareja. Es así que el el estado civil predominaron los solteros que los había abandonado la novia, los separados y divorciados, (tabla número 7).

ESTADO CIVIL DE LAS PERSONAS INTERNADAS POR CENTROS				
ESTADO CIVIL	NÚMERO DE INTERNOS			
	A	B	C	Total
Solteros	20	28	45	93
Casados	5	8	12	25
Separados	12	8	14	34
Unión Libre	1	0	6	7
Divorciado	2	3	1	6
Viudo	2	0	1	3
TOTAL	42	47	79	168

**Tabla número 7.** FUENTE: elaboración propia con datos del trabajo de campo.

La intención de rehabilitar a los usuarios de drogas genera una demanda frecuente por habitar estos centros de tratamiento. Los reincidentes llegaron a ocupar de 2 a 10 centros durante lo que llevan de vida de consumo de drogas en grado problemático, (tabla número número 8).

FRECUENCIA DE INTERNAMIENTOS EN PERSONAS DEL CENTRO	
INTERNAMIENTOS	NÚMERO DE INTERNOS
2 a 5	86
6 a 10	26
11 a 15	5
16 a 20	3
21 a 25	1
Más de 26	4
TOTAL	125

**Tabla número 8.** FUENTE: elaboración propia con datos del trabajo de campo.

Los internamientos de tipo voluntario e involuntario se refirieron por igual número de personas (84 para cada uno). Cabe decir que en los centros A y C de puertas cerradas predominó el involuntario. Los internos que habían pasado por más de un centro de

internamiento, son quienes consumen cristal y/o heroína ocupan el mayor número de centros visitados, como se muestra en la tabla número 9.

NÚMERO DE CENTROS RECORRIDOS POR LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	
CENTROS	NÚMERO DE INTERNOS
1 a 3	93
4 a 6	21
7 a 9	7
10 a 12	3
13 a 15	1
16 más	0
TOTAL	125

**Tabla número 9.** FUENTE: elaboración propia con datos del trabajo de campo.

Lo importante de incluir estos datos estadísticos en el marco de una investigación cualitativa estriba en lo que Jaime Breilh (2013) plantea, a saber, que el conocimiento epidemiológico, más allá de sus proyecciones técnicas, tiene el poder simbólico de constituir y enunciar para transformar la visión del mundo (Breilh, 2013), tal como lo hacen los relatos de los participantes. En este sentido, la combinación de las interpretaciones cualitativas y las cifras estadísticas sin duda ayudará a comprender mejor el contexto real del consumo de drogas y el tratamiento predominante en la región de Sinaloa.

#### **4.6. Técnicas de investigación**

Las técnicas de investigación que utilizadas, en el marco de la aproximación cuasi-etnográfica, fueron la observación participante y la entrevista cualitativa. Esta última se implementó en dos modalidades, entrevista en profundidad y entrevista semiestructurada en calidad de entrevista socio-médica. Las entrevistas perseguían obtener información, desde la perspectiva del participante, sobre la función del internamiento en los procesos de rehabilitación, sobre las prácticas cotidianas del sistema residencial y sobre el consumo de drogas en grado problemático. Desde el punto de vista procedimental, la entrevista adoptó la forma de una conversación, durante la que los participantes (entrevistadora y entrevistado) recreaban o construían las experiencias de vida (Denzin y Lincoln, 2015). En ese sentido, se trató de una relación discursiva dinámica, una plática parcialmente

controlada entre la investigadora y la persona entrevistada. Fue frecuente perder el control cuando ellos extendían sus relatos sobre las experiencias en el consumo de drogas.

#### **4.6.1. Observación participante**

Durante la observación participante puse en práctica las recomendaciones de Gutiérrez y Delgado (2015) referentes a mantener una actitud de paciencia e imaginación, en escenarios que en apariencia no aportaban datos relevantes. Siguiendo estas recomendaciones, mantuve una actitud de observación permanente, centrada en las prácticas cotidianas propias del modelo residencial. Puse mayor atención a las prácticas que se dieron dentro de los centros durante el ejercicio de la función médica al realizar las valoraciones a cada uno de los internos. Busqué un espacio que me permitiera observar la mayor parte del entorno físico de los centros. En el caso del Centro C, no pude acceder a la sala de internamiento, y solo podía escuchar conversaciones que se daban en la sala de recepción o en el patio que comunicaba al consultorio. En los Centros A y B, además de observar, participé en algunas actividades grupales de intervención sobre drogodependencia y en algunas reuniones de los doce pasos de AA.

Participar en esas actividades me permitió interactuar con los internos a través de la conversación colectiva. Según Kawulich (2005), la observación participante involucra los cinco sentidos del investigador. Con ellos, el investigador debe ser capaz de producir una imagen fotográfica de los acontecimientos en los que participa. Durante la observación, el investigador no solo observa y describe sino también aprende sobre actividades que se dan en un momento y lugar concretos. Así, en la medida de lo posible, seleccioné aquellas prácticas concernientes al modelo residencial no profesional, las que aportaron información relevante para la investigación (Gutiérrez y Delgado, 2005). Una de las prácticas de intervención más frecuente fue una especie de castigo que consistía en pedir al interno que se parara mirando hacia una de las esquinas de la sala durante varias horas. Pregunté a algunos internos entrevistados por qué y por cuánto tiempo suelen aplicar ese castigo. Sus respuestas fueron similares, «pueden durar hasta días». En general, el castigo depende de la causa o motivo que generó el enojo de quien ejerce la autoridad de la sala, es decir, de vigilantes o padrinos. El objetivo de este castigo es que el interno se sienta aislado y señalado sin importar el agotamiento físico. Incluso, si alguien pide descanso, éste es

negado sin miramientos. Esta práctica de castigo es una de las menos severas, y que pude observar. Hay otras, pero no fue posible presenciarlas.

Los otros castigos que forman parte de la vida cotidiana del interno en los centros son lavar los sanitarios, barrer y trapear pisos, limpiar paredes, prohibición de consumo de cigarros y negar la visita de familiares. Según los servidores la finalidad de estos castigos es rehabilitarlos de la conducta desviada que desarrollan por la drogodependencia, la que es asumida como «trastorno o defecto de personalidad».

También observé la preparación e ingesta de los alimentos. De hecho, fui una comensal más entre ellos, en los Centros A y B, lo que hizo me percibieran como un agente intrusivo menos (Ghasarian, 2008). Compartí y comí con los internos, y pude presenciar el ritual ceremonioso que anunciaba para todos la próxima y tan deseada ingesta de alimentos cada día. En dos de los tres centros, este ritual es considerado obligatorio, y consiste en decir en coro, de pie y en voz alta la siguiente oración: «Señor te damos las gracias por estos sagrados alimentos que nos das sin merecer, también te pedimos que bendigas las manos que los elaboraron, las manos que los hacen llegar. Dales un taco a los niños huérfanos, cárceles, hospitales, prostitutas, y a nuestras familias que no les haga falta el pan, el agua y la sal en cada comida» (Nota de trabajo de campo: 25/06/2016). Decir esta oración en voz alta, por todos los internos, de pie frente a la mesa, es el rito que previo a la ingesta de alimento forma parte de su vida cotidiana. Durante esta ceremonia, el personal de seguridad vigila a los internos y procura que todos participen; incluso muestran interés y preocupación por la entonación como si la meta fuera que sea expresada correctamente.

De igual manera observé cómo se comparten las labores de limpieza, y cómo generan una convivencia más armónica en el grupo haciendo bromas mientras realizan cada una de ellas. El carácter jocoso de la actividad de limpieza no se da cuando se trata de un castigo. En este último caso, el interno debe mostrar la circunspección propia de quien expía una culpa.

Por comentarios de personas que provenían de otros centros de internamiento, estas prácticas referidas caracterizan a los centros de rehabilitación no profesionales. Referían que con las actividades de aseo y limpieza se podía saber cuáles son los roles que

desempeñan cada uno de los internos. Por ejemplo, muestran si se trata de una persona de nuevo ingreso o de reingreso. Barrer y limpiar baños son actividades consideradas de menor rango, y se asignan frecuentemente por castigo necesarios para cambiar la «actitud negativa» con la que se llega al centro. Según los servidores, el castigo «les sirve para la rehabilitación de las adicciones», una vez que entre ellos se concibe el trastorno adictivo como un problema de responsabilidad personal. Aparentemente, realizar esas actividades de «menor valor les ayuda a desarrollar la humildad» perdida con la adicción. Entonces, al observar quién limpiaba pude saber si la persona es de nuevo ingreso o de reingreso; también se puede saber quién ha transgredido las normas y quiénes ejercen la autoridad.

Durante las primeras tres visitas al centro A, noté que la persona que limpiaba el baño, producía fuertes ruidos, provocados por golpear una toalla húmeda contra la pared. Al preguntar qué sucedía a la persona a quien en ese momento le realizaba la entrevista socio-médica, respondió que «es porque llegó bien arriba, hace un mes salió de este centro y ya regresó, pero está bien arriba», es decir, que todavía estaba intoxicado por la droga.

#### **4.6.2. Entrevista cualitativa**

Utilicé la entrevista cualitativa en calidad de entrevista socio-médica o historia clínica básica. Se trata de un recurso flexible y dinámico, así como una técnica de entrevista no ajena a la práctica médica, según Díaz-Bravo, Torruco-García, Martínez-Hernández y Varela-Ruiz (2013). La usé como primer contacto con la población de internos.

La entrevista era semiestructurada. Iniciaba con preguntas estandarizadas dirigidas a conocer datos sociodemográficos y biomédicos de las personas internadas. Luego realizaba preguntas abiertas sobre el consumo de drogas ilegales en grado problemático y sobre la experiencia de los internos. El objetivo era obtener datos sociodemográficos suficientes para describir al sujeto drogodependiente, y formalizar el consentimiento para realizar la entrevista en profundidad. La entrevista socio-médica se centraba en la persona como ser humano individual (nombre, sexo y edad, lugar de origen, nivel de escolaridad, empleos mantenidos hasta antes de su internamiento, lugar estructural que ocupa en su familia).

La entrevista socio-médica permitió obtener datos personales de salud relacionados con el consumo de drogas, conocer la evolución del proceso adictivo y contextualizar la situación

actual del grado problemático del consumo de drogas ilegales. A partir de la entrevista, se hizo la primera valoración médica, y se elaboró una historia clínica que fue entregada a la institución para honrar el compromiso de intercambiar el servicio médico por poder *estar ahí* en el entorno residencial.

En un segundo momento, llevé a cabo la entrevista en profundidad con el fin de tener el relato de experiencias de vida sobre el consumo de drogas en grado problemático y sobre los internamientos por los que habían pasado quienes participaron en el estudio. Rodríguez, Gil y García (1999) consideran que la entrevista en profundidad permite acercarse a las ideas, creencias y supuestos de las personas en estudio. En este sentido, las entrevistas en profundidad estuvieron guiadas por puntos de interés que llevaran a la comprensión del modelo residencial no profesional de atención a las adicciones, a través de lo que dicen los drogodependientes como usuarios de esos centros de internamiento.

Durante la entrevista en profundidad, abordé, en primer lugar, las experiencias y motivos que llevaron al consumo de drogas ilegales, sentimientos experimentados al usarlas y durante la abstinencia. El objetivo era conocer la experiencia de ser drogodependiente y las transformaciones vitales producidas por la drogodependencia. En segundo lugar, mi interés se orientó hacia el conocimiento de las experiencias de vida en los centros de internamiento habitados por los entrevistados. La idea era obtener relatos que describieran y mostraran la construcción de las prácticas de intervención que se implementan en las diferentes unidades de internamiento.

Para conocer el proceso adictivo, formulé preguntas sobre la vida de consumo de drogas, el tipo de sustancia de consumo, la edad de inicio, las motivaciones, las experiencias positivas y negativas asociadas al uso de las drogas, y las estrategias aplicadas para dejar de usarlas antes del internamiento. Asimismo, formulé preguntas enfocadas en la experiencia de internamientos previos y en el internamiento actual, en el número de internamientos, y en las diferencias entre una y otra unidad de internamiento. También les pedí que hablaran de los castigos vividos o presenciados en los diferentes centros.

Puesto que la entrevista en profundidad estaba centrada en el entrevistado, se llevó a cabo en el espacio y en el tiempo disponible, lo que varió de un centro a otro. No fue sencillo

hallar las condiciones para que los internos expresaran libremente su experiencia, y que se sintieran como personas capaces de pensar, sentir y hablar. De hecho, esta «libertad» estuvo limitada, en los centros B y C, por la presencia de servidores durante las entrevistas. Por su parte, en el centro C, se me restringió el acceso a otras áreas fuera del consultorio. Sin embargo, la interrupción de la privacidad de las entrevistas no se tradujo en un obstáculo significativo para la realización plena del trabajo de campo. En este sentido, el centro A se caracterizó por facilitar el tiempo y el espacio y proporcionar una privacidad suficiente. Igual decir que algunos internos se sintieron inhibidos durante la entrevista, así que aspectos claves sobre su estilo de vida no fueron registrados.

He dicho inhibición, pero, desde mi punto de vista, para algunos entrevistados, hablar de sus actividades dentro del mundo de consumo de drogas ilegales era riesgoso, debido a las actividades ilícitas en las que algunos se encontraban implicados antes de ser internados. Resulta entonces comprensible la negativa de platicar al respecto. En cambio, otros hablaban abiertamente de ello, en el marco de la confianza que se generó entre el interno y la entrevistadora.

Un dato interesante fue la referencia que hicieron algunas personas al motivo de su estancia en el internado. Para unos el internamiento solo tenía como finalidad recuperarse un poco del estado físico deteriorado que presentaban por el consumo de las drogas, específicamente se referían al cristal. Estos internos conjeturaban que la estancia duraría unos tres meses, y luego pretendían reintegrarse a sus actividades ilegales, es decir, regresar al mundo del consumo, comercio o distribución de drogas, como parte del recurso humano del mercado de narcotráfico y la violencia que se vive en el estado. Así, uno de los retos que planteó el uso del método cuasi-etnográfico fue registrar las experiencias de vida de los drogodependientes (Vera y Jaramillo, 2007) durante su internamiento, teniendo como base la realidad social vivida por estas personas.

En ese sentido, para esta investigación cuasi-etnográfica, me correspondió asumir el papel del principal instrumento de investigación (Burgois, 2010). La aplicación de las técnicas no era parte del trabajo, sino el trabajo mismo. La observación participante y la entrevista en profundidad, ambas técnicas de la investigación cuasi-etnográfica, siguiendo a Burgois (2010), sirven para documentar la experiencia existencial de las personas que viven la

marginalidad social, pero requieren como condición que el investigador genere confianza de modo tal que los actores sociales en estudio puedan hablar libremente de su vida personal. En este sentido, y en mi condición de instrumento de investigación, tuve que convivir con las personas en condición de internamiento, participar en actividades aparentemente triviales como ver televisión en grupo durante las horas libres de las reuniones terapéuticas denominadas «juntas» o sesiones de autoayuda. La idea era generar la confianza que facilitaría la comunicación y haría que las entrevistas se llevaran a cabo en un ambiente más cordial.

#### **4.7. Aspectos éticos considerados en la investigación**

Durante la realización del trabajo de campo, también tuve presente los criterios éticos planteados por Hammersley y Atkinson (1994). Uno de ellos fue decir la verdad. Mi principal preocupación ética durante la investigación fue escribir relatos veraces basados en la experiencia de vida de los internos del modelo residencial de tratamiento no profesional a las adicciones, es decir llevar al texto lo que ellos cuentan, tal como expresan la construcción social que le dan a la realidad que viven.

En lo relativo a la conducta del investigador y sus consecuencias, tanto para la gente que estudia como para los grupos y organizaciones institucionales que abrieron sus puertas para realizar esta investigación, adopté como norma no dañar a la persona, ni a la institución. Esta norma exigía, valorar cuan apropiado o inapropiado era intervenir en un determinado momento. Por ejemplo, si ocurría algún conflicto entre las personas que formaban parte de la investigación, decidía suspender o modificar la forma de realizar el trabajo de campo. La modificación de alguna actividad programada o inclusive las valoraciones médicas y las entrevistas, dependía del contexto, de si se presentaba o no una situación considerada de riesgo.

Asimismo, estas consideraciones éticas no se limitaron al campo, sino que formaron parte de todo el proceso de investigación; por ejemplo, tomar en cuenta los posibles efectos que puede producir la divulgación de los resultados de mi trabajo, tal como lo proponen Hammersley y Atkinson (1994: 303). Por ello, todas las entrevistas y los datos que lleven a la identificación de los participantes entrevistados se mantendrán en resguardo.

De esta manera, el compromiso ético en la presente investigación cuasi-etnográfica, es plasmar sin alterar significativamente la información proporcionada por los entrevistados, y evitar las interpretaciones infundadas o que no puedan ser avaladas por la información que cada persona dio al relatar su vida transcurrida en los centros de internamiento.

Siguiendo esta misma línea, hice énfasis en garantizar la seguridad y protección de la identidad de los participantes (Noreña *et al.*, 2012), por lo que utilicé pseudónimos y códigos numéricos (Angrosino, 2012) contruidos con base en el orden alfabético en que los participantes fueron registrados para la entrevista, tal como se explica a continuación: Pseudónimo-P01-CA, donde P significa persona, 01 se refiere al número de registro alfabético de sus apellidos, y CA, CB, o CC se refiere al centro de internamiento al que pertenece la persona entrevistada. El objetivo del anonimato es evitar el daño físico o psicológico. Entonces se acordó con cada entrevistado que su nombre real sería cambiado por él mismo, en el momento previo a la entrevista. Entonces fueron los propios internos entrevistados quienes sugirieron su pseudónimo. Algunos no lo hicieron, así que me correspondió como investigadora realizar el cambio.

#### **4.8. Estructura del análisis del informe de investigación**

Para el análisis, se utilizó el relato etnográfico (Burgos, 2012). Si bien, lo que caracteriza a una investigación etnográfica, es el trabajo de campo donde se establece el contacto con los otros, la forma que lo expresa es el texto, concebido como «el vector principal de la expresión del discurso sobre el otro» (Ghasarian., *et al.* 2008: 22). Asimismo, el análisis del relato etnográfico podrá hacerse solo en relación con la experiencia obtenida del contacto con los sujetos y el entorno estudiado (Ghasarian., *et al.* 2008). Con el relato etnográfico, se pretende desvelar el significado del discurso que imprime cada percepción dicha sobre la experiencia del consumo de drogas ilegales y el vivir el modelo residencial tratamiento no profesional para las adicciones. Discurso, comprendido como la relación que se establece entre el lenguaje y los fenómenos sociales (Frías y Montero, 2005), significa entonces, que será de la interacción dinámica entre el dato registrado de la observación participante, la entrevista en profundidad y el recuerdo del investigador como se logre una comprensión etnográfica del objeto social estudiado, que dará cuerpo y sentido al relato etnográfico que

posibilite la construcción de un análisis reflexivo etnográfico en los términos de Rosana Guber (2011).

Para la selección de los fragmentos textuales específicos del relato de cada entrevista que enuncia y describe el objeto de estudio se utilizó el análisis de contenido textual, en el sentido literal, en relación con las categorías de estudio, extraídas del discurso que dio sentido a cada uno de los elementos de estudio. Con estos fragmentos textuales de los relatos se construyó el informe de resultados, mismo que se escribe en dos capítulos. Un primer punto que corresponde al capítulo cinco del cuerpo total del documento, aborda el consumo de drogas ilegales en grado problemático valorado en tres elementos centrales: la edad de inicio, factores determinantes y el policonsumo. En el segundo punto, se expone la percepción de la droga de impacto y sus consecuencias, las pérdidas y efectos socioculturales en las personas que viven en condición de internamiento a consecuencia del grado problemático del consumo de las drogas ilegales.

El segundo capítulo de informe corresponde al sexto de la estructura total de la tesis, se habla del modelo residencial de tratamiento no profesional. El informe se lleva a través del relato etnográfico; la polifonía, a veces en sentido de diálogo interactivo con el sujeto investigado, acompañado de reflexiones de quien escribe como investigador. De esta manera se da voz al discurso de los informantes (Ghasarian., *et al.* 2008). De donde emerge el dato para construir un análisis que se acerque a la etnografía reflexiva, tratando de posicionar el dato sobre el hecho social en el contexto histórico, económico y político del consumo de drogas en grado problemático y el modelo residencial de tratamiento no profesional que se tiene en Sinaloa. Con el propósito de construir un marco de reflexión para la valoración de la funcionalidad que construyen los internos del modelo residencial de tratamiento no profesional en adicciones, como unidad central de estudio en esta investigación, se buscó comprender en la perspectiva de cómo este es percibido por sus internos.

## **CAPÍTULO V: INFORME DE INVESTIGACIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS ILEGALES EN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO**

### **5.1. La vida de consumo de drogas ilegales en internos de centros de rehabilitación**

El consumo de drogas en grado problemático es en lo que menos piensa la persona drogodependiente o quien se inicia en esa experiencia. Por un lado, porque cuando empieza a consumir drogas lo hace por buscar placer, y por otro, porque el consumo de drogas suele comenzar en una edad temprana, cuando no se piensa en las consecuencias de los actos a mediano o largo plazo. Asimismo, otros factores que coadyuvan al consumo son: 1) el desconocimiento de los efectos; 2) la idea de que es un consumo «controlado» y 3) la supuesta superioridad del consumidor sobre la sustancia (De San Jorge-Cárdenas, 2016: 21). Dicho de otra manera, la persona piensa que puede dejarlo cuando lo decida. La inmediatez y el hedonismo marcan la pauta de la nueva experiencia. Al pasar el tiempo, la droga hace efecto y pasa factura a la mente y al cuerpo transformándose en consumo problemático. Como lo refiere Ovalle (2009: 25), «aún se debaten los indicadores que permitirían diferenciar entre un consumo social de drogas que no resulte problemático para el individuo» y lo que representa. El consumo de drogas rompe la vida cotidiana de la persona, alterando significativamente su entorno personal, familiar y social.

Para algunas de las personas drogodependientes entrevistadas en este estudio, el inicio del consumo de drogas ocurrió entre los 11 y los 18 años de edad, i.e., en promedio a los 13 años. Si bien la Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017 en sus Resultados Principales muestra un incremento de 3.3 % a 6.4 % para el consumo de cualquier tipo de droga, y 2.9 % a 6.2 % para consumo de drogas ilegales, en la población adolescente, también especifica que la dependencia a las drogas ilegales se establece en la población de 18 a 34 años. Según este reporte, se ubicó en 2 % para hombres y 0.3 % para mujeres. Con respecto a la edad de inicio, los hombres comienzan, en promedio, a los 17.8 años de edad; mientras que las mujeres lo hacen a los 18.2 años de edad.

En esta investigación, la dependencia a las drogas ilegales de la población estudiada se estableció desde la edad de inicio, considerando que quienes participaron en las entrevistas son personas que han venido padeciendo la drogodependencia con más de un intento por

dejar de consumir drogas, y algunos cursan con internamientos frecuentes en los centros de rehabilitación no profesional. Para comprender la vida de las personas drogodependientes con quienes tuve contacto, fue necesario analizar sus experiencias desde la perspectiva sociocultural, tomando en cuenta los aspectos individuales y los colectivos.

La perspectiva sociocultural me permitió visualizar los factores sociales que contribuyeron para que las personas entrevistadas iniciaran y permanecieran en el consumo de drogas ilegales, hasta alcanzar el grado problemático que finalmente las llevó al internamiento. Como herramienta analítica que pondera las condiciones sociales, económicas y culturales que interactúan en los sujetos para desarrollar determinados comportamientos, permite acceder al nivel de comprensión teórico-conceptual de las experiencias de los sujetos drogodependientes a través de entrevistas en profundidad. Los sujetos, durante su desarrollo personal, son influenciados por el entorno social, cultural y económico de una manera dinámica. En este sentido, no es posible afirmar que los sujetos drogodependientes se transformaron de un día para otro o que comenzaron a consumir debido a una sola causa. Desde la perspectiva sociocultural, se integran los aspectos sociodemográficos y culturales para reconocer al sujeto como un actor social que, aunado a los determinantes sociales, se construye como sujeto drogodependientes.

Lo anterior implica valorar en su justa dimensión la vida cotidiana de los actores que conforman estas historias de consumo de drogas, en las que algunos se perciben como víctimas de las circunstancias que les tocó vivir, justificando con ello haber ingresado al mundo del consumo de las drogas ilegales. Durante el internamiento, con mucho tiempo para pensar, algunos revaloran y reafirman esa percepción o logran transformarla para asumirse como sujetos capaces de cambiar la vida de consumo de drogas por la abstinencia consciente y permanente. Otros, solo se aceptan como son y logran desarrollar un sentido de facticidad temporal, por lo tanto, adoptan un discurso y un comportamiento que les permite sobrellevar el encierro de una manera más tranquila.

Así las cosas, en este apartado expondré algunas experiencias de personas drogodependientes en condición de internamiento bajo el modelo residencial de tratamiento no profesional a las adicciones, que evidencian la edad de inicio en el consumo de drogas, los factores determinantes, el policonsumo, la droga de impacto y el consumo problemático

al que se enfrentan día a día hasta llegar a ser un integrante más de los centros de rehabilitación. Mediante el contacto continuo y la entrevista profundicé en la experiencia de los drogodependientes para comprender su mundo y las motivaciones que los llevaron al consumo de drogas y al internamiento.

## **5.2. Consumir drogas ilegales en la niñez**

Al ingresar por primera vez al Centro A, no esperaba encontrar niños internados por adicciones. Me sorprendí cuando, al entrar en la sala de espera, observé a un joven de cara infantil que, al menos por su aspecto, parecía menor de edad<sup>9</sup>. Me dijo que era interno de ese centro, solo que le permitían salir de la sala de internamiento para llevar los mandados a los internos. Estos mandados consistían en encargos a la tienda de enfrente, hechos por los internos del centro que no tenían derecho a salir. Con frecuencia, pedían que les compraran pan, sabritas, jugos, refrescos y otras golosinas (Nota de campo del 05/05/2016). A los 14 años de edad ya se encontraba en el policonsumo. Del tabaco y el alcohol pasó a cannabis y al cristal hasta poco antes de ser internado. Originario de Culiacán, Sinaloa, fue el tercero de seis hermanos. Su escolaridad se truncó en quinto de primaria. Proviene de padres consumidores de drogas, ambos. A su corta edad, presentó consecuencias de consumo problemático de drogas ilegales: trauma de mano y cráneo al sufrir un accidente secundario al consumo de cannabis tras quedarse dormido en la vía del tren bajo el efecto de la droga. Sufrió fractura en la mano por el golpe del tren. Actualmente, cursa su cuarto internamiento.

Antes de iniciar la entrevista, le pregunté que si alguien consumía drogas en su familia. Rápidamente, contestó que sí; aclarando que su papá y su mamá eran consumidores. Durante la entrevista Jahir, se mostró triste cuando hablaba del consumo de su padre; de hecho, sus ojos se humedecieron y bajó la mirada, como queriendo evitar ser percibido. Al referirse al consumo de drogas de su madre, dijo:

[...] al principio nunca la miré drogarse. Yo sabía que lo hacía, nomás que ella se escondía en el cuarto para que no la miráramos, pero yo la miré un día, por la orilla de la puerta y le dije que ya no hiciera eso porque nos iban a quitar a mi hermanito.

---

<sup>9</sup> Para la entrevista decidió llamarse Jahir-P31-CA.

Durante la entrevista se mantuvo atento y respondía con mucha seriedad.

I. -Pláticame hasta qué año llegaste de la escuela...E.- Hasta quinto. I.- ¿Por qué dejaste la primaria?...E.- Porque peleaba mucho. I.- Jahir ¿usabas drogas ya en esos años?...E.- Sí. I.- ¿A qué edad empezaste a consumir drogas?...E.- Pues consumía de los once y empecé de los diez. I.- ¿Con qué droga?...E.- Con la marihuana, luego con la coca. I.- ¿después?... E.-...y cristal, y cerveza. I.- Jahir ¿por qué iniciaste el consumo de las drogas?...E.- Porque mi familia se separó de mí...y también porque mi padre se la metía cuando yo estaba ahí. I.- Ah, o sea que llegaste aquí a este centro con el consumo de cristal... E.- Sí. I.- ¿Qué te hacía sentir primeramente la cocaína?...E.- Pues a mí la cocaína hacía que sintiera adrenalina. I.- ¿Cómo sentías esa adrenalina?...E.- Pues agarraba carros, andaba robando carros y todo eso (EEP: 17/08/2016).

Me resultaba difícil entender cómo un niño a esa edad podía participar en el robo de carros, por lo cual le pregunté...

¿Cómo le hacías si eres un niño?...E.- Pues yo no los manejaba, yo nomás metía los cambios. I.- A ver, no entiendo. E.-Uno iba manejando y yo metía los cambios. I.- ¿Uno manejaba?...E.- Sí, pisaba los frenos. I.- ¿Era más grande que tú?...E.- Sí, más grande, tenía como 21 años. I.- Y ¿tú metías los frenos?...E.- No, él manejaba, metía los frenos, el clutch y el acelerador, y yo los cambios. I.- ¿Cómo cuántos carros robaron así?...E.- Robamos como unos cuarenta.

Al platicar sobre su participación en el robo de carros, su cara se transformaba, y mostraba una expresión de satisfacción. Entendí que el recuerdo le producía placer, ¡adrenalina al fin!

Para volver al tema de su consumo de drogas le pregunté:

¿Tus papás consumían drogas? E.- Pues mis papás se drogaban un tiempo, I.- ¿Delante de ustedes?...E.- Pues el perico, el cristal y la marihuana mi papá se la metía en su cuarto, donde no lo mirara. Y mi mamá se metía con él para que nosotros no miráramos y nosotros los mirábamos por la puerta. I.- Ok Jahir, me comentaste que tuviste un traumatismo en tu mano. Pláticame de esa experiencia. E.- Pues, yo estaba drogado en la vía... y me dormí. I.- ¿Qué droga habías consumido?...E.- Marihuana, me quedé dormido, y pasó el tren y pitó, y me desperté y me pegó aquí en la cabeza, y luego me quebró la mano y me fracturó un dedo, se me hace... (Datos de EEP: 17/08/2016).

Mientras platica, me muestra su mano con la cicatriz antigua que aprecia sobre la línea longitudinal de su mano derecha.

De la situación actual de sus padres dijo:

-Mi papá y mi mamá están separados, mi mamá ya no se droga, pero mi papá sigue drogándose, pero mi mamá no quiere venir con él porque tiene miedo de fallarme a mí, fallarle a mi hermano más grande (Datos de EEP: 17/08/2016).

La encuesta sobre el consumo de drogas, tabaco y alcohol (ENCODAT, 2017) que ha sustituido a la Encuesta Nacional de Adicciones, realizada en población de 12 a 65 años de edad, reporta que la edad de inicio temprano del consumo de las drogas se sitúa entre los 17.8 años; un 17.7 % para hombres y un 17.2 % mujeres. Sin embargo, en la presente investigación, documenté, para 125 personas, la edad promedio de inicio en el consumo de drogas entre los 11 y los 18 años de edad.

Entre estas personas internadas en el Centro B, conocí a Saúl-P21-CB, de 15 años de edad, originario de Estados Unidos, con residencia en el Carrizo los Mochis, soltero y con escolaridad trunca a nivel de preparatoria. Inició el consumo de cannabis a los 12 años de edad, y el tabaco y el alcohol a los 14. Cursa el segundo internamiento involuntario. El primero fue en un centro particular. La primera vez que platicamos, informalmente me dijo que su consumo se debía al abandono de su padre, quien había emigrado a Estados Unidos para trabajar y mejorar sus ingresos económicos. Al quedarse sola, el carácter de su mamá se transformó, «Se hizo muy enojona, me regañaba y me pegaba mucho».

Posteriormente, en la entrevista, sobre su consumo de drogas dijo:

Inicié a los 12 años, con la marihuana. De ahí, a los 14, probé el alcohol. El cigarro primero y después el alcohol, y hasta ahí. I.- ¿Saúl, cuáles fueron tus motivaciones para iniciar el consumo de drogas?...E.-Pues me sentía solo. Porque mi amá siempre me golpeó desde niño, y mi papá no estuvo conmigo. ¿Con qué droga iniciaste? E.- Con la marihuana.- ¿Y después?...E.- Con el tabaco. I.- ¿la droga más fuerte que has usado es la marihuana?... E.- Sí (Datos de EEP: 24/08/2016).

Similar situación la de Óscar-P01-CC, de 17 años de edad, del Centro C. Óscar es una de las personas más jóvenes que aceptaron ser entrevistadas en ese centro. Es originario de Navolato, Sinaloa. Tiene pareja con la que vive en unión libre. Es padre de una niña. Su escolaridad es de preparatoria trunca. Trabaja como empleado de una cristalera. Inició el consumo de tabaco a los 14 años. Comenzó con un cigarro diario, luego pasó a una caja por día. Comenzó a consumir cannabis a los 15 años, a razón de un gramo por día. Un año después, se inició en el consumo de cristal. Los primeros tres meses, lo hacía durante los

días sábados y, posteriormente, consumía a diario. A los 16 también comenzó a consumir cocaína, a razón de «cien pesos por día», es decir, un gramo. Llegó a consumir tres dosis por día.

Para el momento de la entrevista, cursaba su quinto internamiento. En su quinto mes de estancia, dijo que al llegar presentó síndrome de abstinencia manifestado por cefaleas, distermias, y poli artralgias que le duraron aproximadamente cuatro días (Datos de ESM: 24/08/2016). Posteriormente, estuvo bien. Durante la entrevista, a propósito de su consumo, Óscar afirmó lo siguiente:

I.- Óscar, buenos días. A qué edad iniciaste, cuáles fueron tus principales motivaciones para iniciar el consumo de las drogas y cómo te has sentido: E.- No pues, horita me siento yo bien, pero cuando yo inicié la droga, inicié la droga a los catorce años yo, y fue porque me separé de mi jefe. De mis jefes, pues, se separaron y pues yo no quería que se separaran, pues pero sí había pleitos. Mi jefe todo el tiempo llegaba tomado pues, y le gustaba la mera droga, le gusta la cocaína a él, pues y yo no digo que tampoco por él me drogué. Sino que yo los pleitos que tenían ellos todo me lo decían a mí pues, todo querían desahogarse conmigo pues, yo por eso, por eso yo me fui más que nada a la mota pues y así fuepues... y empecé a quemar mota y después el cristal. I.- ¿A qué edad iniciaste el cristal Oscar? E.- A los quince, y empecé también con el cristal y así mismo y ya después me iba de la casa, me corría mi jefe. Y mi jefa no, nunca me ha corrido todo el tiempo ella me ha dado la mano, me ha ayudado un chingo ella y mi jefe sí. Sí mi jefe me ha pegado y me empezaba a pegar con cables, con bandas y todo eso pues y por eso yo, por eso, este. No digo yo que porque me haiga pegado ni nada de eso, sino que todo lo que me decía él pues, me decía un chingo de cosas pues.

I.- ¿Qué te decía? E.- Me decía que ya no me quería, y puras de esas, que ya yo no era su hijo y todo eso me decía. I.- ¿Cuántos hermanos tienes Oscar? E.- Dos nomás tengo, conmigo son tres. I.- ¿Tú eres el mayor o el menor? E.- El menor. I.- ¿Ellos no consumen drogas? E.- No, ellos han estudiado y mi hermano es enfermero y mi hermana contadora pública. Más que yo sí seguí estudiando y todo eso ya después me salí... pues por las drogas más que nada, ya después. I.- ¿Hasta qué año estudiaste? E.- Hasta primero de prepa, llegué a primero de prepa, más que salí yo. I.- ¿En esa etapa de preparatoria consumías cristal? E.- Sí. Y ¿podías cumplir con tus tareas, tus obligaciones? E.- No, porque me iba a consumir droga a otro lado, mi mamá me preguntaba que si me dejaban tarea y yo le decía que no (Datos de EEP: 18/07/2016).

En conversaciones posteriores, cuando Oscar hablaba de su padre, mostraba que le tiene un gran afecto, a pesar del maltrato que le produjo. Al mencionarlo se emocionaba, denotaba

labilidad emocional y se ruborizaba un poco. Algunas veces, sus ojos se ponían llorosos y sutilmente secaba las lágrimas que descendían por sus mejillas. En ese momento, traté de mostrar un poco de indiferencia para que no se sintiera avergonzado.

Días después, pregunté por Óscar al encargado de la puerta. Me dijo que ya había salido del centro. Vino su mamá y se lo llevó. Él había cumplido sus seis meses de estancia en el centro el 24 de julio de 2016. Desde entonces, esperaba a su madre, porque decía que ella vendría a sacarlo; promesa que cumplió (Nota de campo: 12/08/2016).

La historia de consumo de drogas de Jahir, Saúl y Óscar comenzó a una edad temprana, en cierto modo favorecida por circunstancias adversas en el entorno familiar. Para dos de ellos, no solo fue la pobreza socioeconómica, sino el hecho de que uno o ambos padres fueran consumidores de drogas. Indudablemente, los entornos familiares donde los padres consumen drogas son determinantes psicosociales que aumentan la posibilidad de que sus hijos comiencen a hacer lo mismo.

En efecto, los ambientes familiares disfuncionales favorecen el consumo de drogas de los adolescentes. Al respecto, Muñoz, Sandstede y Rivas (2017) afirman que la familia puede ser un factor de riesgo o un factor de protección para que los hijos consuman o no. Estos autores sostienen que «una percepción negativa de las relaciones familiares por parte de los adolescentes se asocia al consumo de drogas. El uso de Sustancias Psico-Activas puede ser un indicador de escape de un ambiente familiar hostil» (p.25).

Ventura-Martínez, Castro-Muñoz y Carrera-Fernández (2017) muestran en un estudio reciente que el involucramiento afectivo de la madre en la atención y cuidado de los hijos en etapa adolescente es un factor de protección muy importante. Asimismo, Ornelas *et al.* (2017) señalan que los ambientes con conflictos familiares modifican el comportamiento de los jóvenes, los que adoptan diferentes conductas de riesgo que incluyen el consumo de drogas. Por el contrario, el vínculo positivo protege al adolescente de conductas de riesgo como el consumo de alcohol y la farmacodependencia.

Para Jahir, Saúl y Óscar, que a su corta edad se encuentran sumidos en la drogodependencia, las condiciones socio-familiares de pobreza y de padres consumidores de drogas, a lo que se suma la falta de atención profesional, les augura la misma evolución

de quienes actualmente tienen la edad adulta en estos centros residenciales, dado que a temprana edad ya han llegado al consumo de las drogas «duras», como la cocaína, la heroína y el cristal.

### **5.3. El grado problemático del consumo de drogas ilegales**

En el transcurso de esta investigación, he planteado que el consumo de drogas tiene una relación directa con la afección a la salud de la persona consumidora de drogas. Sin embargo, el daño producido va más allá del entorno bio-corporal, la afección no solo modifica la estructura del cerebro y transforma el pensamiento y los sentidos, también se genera un daño psicosocial, el que conduce a la persona a la toma de decisiones problemáticas y altera su comportamiento, produciendo a su vez serias repercusiones en su contexto familiar y social. En este sentido, organismos internacionales como la Organización de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2017), la Organización de Estados Americanos, instituciones de investigación como el Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (2014) e investigadores como Medina-Mora, Real, Villatoro y Natera (2013), han coincidido en plantear que el consumo de drogas es un asunto de salud pública, tanto por las comorbilidades como por las consecuencias sociales que genera. El consumo de drogas en grado problemático tiene diversas expresiones y está relacionado con la pérdida de salud física y mental, la pérdida familiar, la pérdida escolar, la pérdida laboral y los conflictos delictivos. En los internos de los centros estudiados, el daño a la salud era evidente en algunos trastornos físicos.

Alberto-CA de 29 años, admitió que el consumo de drogas ha repercutido en su salud física y en el entorno familiar. Sin embargo, no percibe su propio cambio conductual. Ha llegado a considerar su incursión en el consumo de las drogas (incluyendo el policonsumo) como algo normal dentro de su círculo de amigos. Alberto cuenta:

Yo empecé el consumo de drogas... y empecé con el tabaco. Empecé a los 14 años y el principal estímulo por el cual yo empecé a fumar fue... fue por el círculo de amigos, porque todos fumaban... y yo también, por querer quedar bien en la bola, pues yo también empecé fumar y así empezamos toda la bola a consumir alcohol y después marihuana. A los 19 años, empecé a probar la cocaína, las pastillas antidepresivas, pero más que nada principalmente es por el círculo social de los amigos como travesura y se hizo serio. Empecé a tener

daños en mis fosas nasales, perforación en el tabique, sangrado, mocos con sangre. Me empecé a dar cuenta de la gravedad, de que me estaba perjudicando, que me estaba haciendo daño a mí mismo (Datos de EEP: 11/ 09/2016).

Sin embargo, Alberto al tomar conciencia de ese daño no paró, continuó y actualmente es un consumidor compulsivo. Ha pasado al uso del cristal, motivo por el cual fue internado, tras abandonar su trabajo y aumentar significativamente sus niveles de irresponsabilidad.

Luis- P20-CA, de 43 años de edad, con escolaridad de primaria (Datos de ESM: 25/ 06/2016), cuenta entre sus pérdidas la tranquilidad que le permitía mantener el consumo de cocaína. Sin embargo, un día, al acudir por su dosis, se la negaron y le ofrecieron cristal. Al consumirlo, su comportamiento cambió sustancialmente (Datos de ESM: 06/07/2016). Al respecto dijo:

—Empecé con marihuana, y después alcohol y después las combiné y después me enredé con la cocaína y al último así ya de... fueron dos semanas de consumo de hielo.

— ¿De cristal?

Sí, porque yo fui a comprar este...

— ¿Cocaína?

—Cocaína, sí pero no había, según fue lo que me dijeron. Que no había. Pero había el otro material y como era tarde, estaba lejos y me estaban esperando se me hizo fácil y pues el doble de mercancía, también aparte. Y pues me lo llevé... y fue mi sorpresa que no podía parar de consumir, entonces vine a parar para acá.

—El efecto que tuvo esa droga en usted ¿cómo lo puede describir?

—Fue primero euforia, haz de cuenta que me agarraron y me levantan... Sí, pero después de uno o dos días ya se convirtió en delirios de persecución. Mis pesadillas haz de cuenta que las estaba viviendo, por ejemplo en una pesadilla yo soñaba que me correteaban y correteaban y correteaban, y ahí voy que si me agarran que no me agarran a pues lo estaba viendo pero despierto. ...Entonces, ¡muy feo! entonces, yo también miré ya dentro de todo esto, de lo malo, ya pensando cuerdo, como se dice (Nota de EEP:06/08/2016).

Con una actitud más sosegada, refiriéndose al cristal, Luis agregó lo siguiente:

[...] hasta agradezco yo haber topado con esta droga, porque ya paré, ya tomé la de decisión. Yo soy una persona decidida, soy una persona que toma sus decisiones, que trata, que pase lo que pase me sostengo, porque así mi mamá me enseñó. Pero yo no lo había hecho porque no me había topado con algo tan fuerte como lo es esta droga. Como yo me topé con esta droga y me venció, en las otras pues las sabía capotear (EEP: 06/08/2016).

Luis es un hombre que desde que inició con el consumo de drogas se había mantenido responsable en su trabajo como mecánico de un taller. Pero al entrar en contacto con el cristal, esa constancia se perdió, empezó a llegar tarde, a rendir menos en el trabajo hasta que un día reconoció que no podía dejar el consumo de cristal sin internarse: «Me armé de valor y le dije a mi patrón lo que estaba pasando, y le pedí permiso para internarme» (Nota de ESM: 25/06/2016).

Es de los pocos internos que permanecía muy serio durante las sesiones de terapia que se dan dentro de lo que ellos llaman «libre aliviane». Su actitud era de atención, o mejor dicho de concentración, a los comentarios de los demás, como si quisiera aprender de ellos, y no llegar al grado que otros alcanzaron.

En cambio, Omar-P18-CC, de 35 años de edad, siempre buscaba platicar conmigo para contarme cómo se sentía y cómo evolucionaba. También le gustaba hablar sobre lo que prepararía de comida para los internos, ya que él era el cocinero del centro. Fue la primera persona que valoré al iniciar el trabajo de campo en ese centro. Ya lo conocía por ser paciente que acudía con frecuencia al hospital por lesiones auto-infligidas con objetos punzocortantes, provocadas por el síndrome de abstinencia. En realidad, fue él quien me lo recordó en el primer contacto que tuvimos para la entrevista sociomédica (Nota de campo del 24/06/2016). En esta entrevista me contó que estaba legalmente casado, pero que se encuentra separado de su esposa debido al carácter problemático de su consumo de drogas. Además, trunció su preparatoria por el mismo motivo. Inició con el tabaquismo a los 16 años de edad; de 1 cigarro por día pasó a consumir 3 cajetillas diarias. Comenzó con la cocaína a esa misma edad, y continuó con heroína a los 19 años. A los 26, probó el cristal.

Omar refirió que, seis meses antes de su ingreso al centro, perdió la conciencia estando en su casa, por lo que fue llevado al hospital en tres ocasiones. Tal como había dicho, Omar también estuvo hospitalizado en el hospital general y en el hospital civil, por episodios de

sobredosis y por autolesiones provocadas con objetos metálicos punzocortantes en antebrazos y extremidades inferiores, todas realizadas en estado de depresión cuando se enfrentaba a dificultades para conseguir la droga o intentaba dejarlas (Datos de ESM: 24/08/2016). Al preguntarle sobre las repercusiones del consumo de drogas, específicamente del consumo de heroína, respondió:

Pus pérdidas... toda mi juventud principalmente... mi juventud, a mi familia más que nada,... les dañé mental a causa de la droga, porque ellos me decían que dejara las drogas y cada vez me internaban por lo mismo. No me querían ver en las calles, porque yo sufría también. A causa de las drogas he estado en el bote, en la peni<sup>10</sup>, por el consumo de heroína.

En tono nostálgico Omar hizo un recuento de sus pérdidas tras el consumo de heroína:

Entonces perdí a mi esposa también... gracias a Dios quiero recuperar a mi hijo que está conmigo. Entonces que, no le di maltrato, pero sí lo dañé por la droga pues... Casi la mayoría de mis amigos han muerto, por sobredosis, he tenido varias sobredosis a causa... con la experiencia de la heroína. Y pus, la peor fue cuando mi hijo me vió tirado en un baño, con la jeringa pos ensartada, con sobredosis, en un baño. Entonces, eso me ha hecho causar la droga. Yo nunca... yo no quería que me mirara, pero yo me volteé al baño y le dije espérame aquí, y yo me caí. Usted sabe que la sobredosis es así (Nota de ESM: 24/08/2016).

Como puede apreciarse, el policonsumo y la droga de impacto marcaron el consumo problemático, expresado en el deterioro de la salud personal y en la pérdida de las relaciones familiares, escolares y laborales. Según Hernández *et al.* (2009), pasar al consumo de más de una sustancia ya es signo de consumo problemático, el cual suele darse en ambientes de disfunción familiar.

En esta investigación, los actores principales mostraron que el desarrollo del consumo problemático de drogas ilegales les llevó a la ruptura total de la relación con la pareja, con sus hijos, sus hermanos y sus padres. Según los relatos de las personas entrevistadas, la evolución en el consumo de drogas de menor a mayor grado de adicción deteriora la buena

---

<sup>10</sup>Peni: expresión popular en la comunidad sinaloense para referirse al Centro de Ejecución de las consecuencias Jurídicas del Delito de Culiacán.

relación con la familia, cosa que limita la posibilidad de rehabilitación y reinserción social debido a la pérdida concomitante de la red de ayuda. Por esta razón, hay personas que permanecen en los centros por tiempo prolongados; algunos, sin esperanza de salir algún día.

King-P40-CA, de 58 años de edad, originario de Culiacán Sinaloa, con escolaridad trunca en preparatoria, comenzó a consumir drogas a los 16 años (cannabis y tabaco). A los 20 años, se inició en el consumo de cocaína y heroína, y al poco tiempo sumó el cristal (Datos de ESM: 21/05/201). Actualmente, es la persona que tiene mayor tiempo en el internamiento. En su narración contó:

—Bien, yo empecé mi vida como adicto a muy temprana edad. Mi padre trabajaba en un bar y a mis quince años él me metía de contrabando a la cocina del bar. Él vendía comida preparada, pollos fritos y camarones. Yo en la cocina le ayudaba con la preparación de lo que él vendía a los clientes y ahí fue donde yo comencé a conocer sustancias. Ahí conocí yo el alcohol. Catorce años tenía. Me tomaba una cerveza con la comida y se me hacía muy buena, se me hizo muy buena, me gustó y cuando tuve la oportunidad de tomarme dos me tomé dos, hasta que un día me emborraché, a los dieciséis años... Dos años después, en compañía de un amigo, de un vecino, me parece que fue un sábado o un domingo, nos tomamos dos caguamas. Acostumbrábamos a tomarnos 4 entre los dos y con eso ya sentíamos una euforia, lo suficiente como para pasar el resto del día, pero en esa ocasión sólo teníamos para dos caguamas, nos las tomamos y nos quedamos picados como luego se dice...Entonces, al no haber satisfecho mi necesidad de alcohol y mi compañero tampoco, me hizo una proposición: me dijo vamos a la casa de fulano, un vecino, otro vecino, tiene marihuana, me dijo, hacemos un gallito y con eso completamos me dijo, y yo acepté. ¡Sobres vamos! Yo no había tenido contacto con marihuana, pero quería saber qué se sentía —curiosidad— y fuimos y fumamos marihuana. ¡Ah claro! ¡me gustó la sensación! Seguí consumiendo, ya después eran las dos cosas, unas cervecitas y un cigarrillo de marihuana. Transcurrió un tiempo y comencé a trabajar de noche, salía a las cuatro de la mañana.

— ¿En qué trabajaba?

—En bar, toda mi vida en bar. A mí se me enseñó... desde niño se me enseñó lo que es un negocio de bar, de mesero, de cantinero, de cocinero, seguridad, en los últimos veinticinco años de encargado. En ese tiempo era cantinero en un bar que cerraba a las cuatro de la mañana en una zona de tolerancia... Yo tenía 19 años... y ahí fue donde surgió otra droga, que fue la cocaína y que había un pretexto, como nos desvelábamos algunos días dormía bien en el día, otros no,

por negocios o salidas que tenía o me quedaba con alguna dama, equis, había días que no dormía bien, entonces una noche que llegué a trabajar desvelado, mis compañeros me lo notaron y me dijeron, pásate un pase para que te alivianes, a ver, y me pegué un pase y trabajé toda la noche, se me quitó el sueño y trabajé toda la noche como si hubiera dormido lo normal, y sucedió lo que tenía que suceder, digo yo, porque cada vez que llegaba desvelado, cansado a trabajar porque trabajaba a las 6 de la tarde y salía a las 4 de la mañana. Yo ya sabía dónde estaba la cura, el remedio, cómo hacerle para no mermar en mi rendimiento como empleado y seguí yo consumiendo cocaína. Fueron muchos años (Nota de EEP: 16/08/2016).

— ¿Qué tipo de problemas tenía?

—Pues con el alcohol y la marihuana no había problema, bueno cuando llegaba bien tomado sí había problema, sí había problema cuando llegaba bien tomado, porque no sabía lo que hacía borracho o quería que se me atendiera, que se me diera de cenar a las horas de la madrugada o que se me atendiera sexualmente a la hora que yo llegaba y era donde había problema. Con la cocaína había otro tipo de problemas.

— ¿Cómo cuáles?

—Con la marihuana mi deseo sexual se presentaba, pero había respuesta en mí, o sea yo lo podía hacer. Con la cocaína yo quería tener el contacto sexual, pero yo no podía, el deseo lo tenía, hacía insistencia... llegaba a incomodar a mi esposa por la insistencia y ella accedía, pero yo no podía, existía ese problema, de que esa droga me inhibía...Sexualmente, me restaba potencia (Nota de EEP: 16/08/2016).

King continuó platicando sobre los problemas que le ocasionó el consumo de cocaína:

—Tuve en algunas ocasiones derrames.

— ¿Nasales?

—Nasales, por el exceso, yo debido a los lugares donde yo trabajaba, en lugar de comprar poquito para mí, me llevaba cierta cantidad para vender la mitad y la mitad de mi consumo me quedaba libre o sea no gastaba. Si no lo hacía, me tenía que gastar casi todo mi sueldo en el consumo, debido a que en el lugar en donde yo estaba había varias personas que me pedían, que me pedían que les diera información de quien la traía (Nota de EEP: 16/08/2016).

Alberto-P79-CC, de 33 años de edad, soltero, escolaridad de primaria, llevaba una vida laboralmente tranquila en Homex, antes de su internamiento por presentar una recaída más. Según contó, presentó sobredosis de 15 a 20 ocasiones, y fue atendido por la cruz roja mexicana. Negó haber sufrido accidentes por consumo de drogas. Inició el consumo a los 11 años, con tabaco y alcohol. A los 14 años pasó a cannabis y cocaína; a los 17, heroína (Datos de ESM: 26/08/2016). Sobre su inicio y sus pérdidas por el consumo de drogas Alberto dijo:

—No pues cuando empecé a usar drogas, es porque empecé a juntarme yo con la banda de los cholos, pues cuando estaba chico ahí donde yo vivía había muchos cholos y me empecé a llevar en la bola, empecé a usar la marihuana, el alcohol.

— ¿En qué colonia vivía en ese entonces?

—En la independencia.

— ¿Había mucho joven consumidor de drogas?

—Sí.

— ¿Y qué pasó?, ¿usted era un niño de once años?

—Sí, pero yo todo el tiempo tenía la... es que era bien imperativo, ingobernable y como mis padres todo el tiempo trabajaron, de ahí me agarraba yo, me dejaban solo y de ahí pues yo me iba ¿Sí me entiende? Me iba a la bola y me drogaba. Se me hizo fácil pues hacerlo en la primer dosis y ya después me... empecé a investigar. Empezaron a notar mis padres y como a los meses me integraron a una agrupación. Yo tenía mi casa, tenía todo, veay todo eso pues perdí por la droga por caer a las prisiones, por desubicado, pues lo que realmente yo tenía que, mi obligación entonces mis hermanos me dieron ayuda varias veces, mi hermano, tengo un hermano que fue también adicto verdad, y él gracias a Dios lo cambió porque se hizo devoto a la palabra de él, él dejó toda las drogas, el cambió.

— ¿Usted se considera cholo?

—No pero anduve en la pandilla, ¿me entiende? Pues así se le dice a uno cuando andaba en las calles. Entonces cuando yo empecé a agarrarla jeringa bien pues, y mis sobrinos empezaron a crecer ya mi hermano empezó decirme verdad de que no se hacía así, yo agarré la calle, vivía en las calles, en los baldíos. Vivir una vida que yo en esos momentos yo no... no tenía (Nota de EEP: 30/08/2016).

Omar y Alberto tenían un hogar con un nivel socioeconómico medio. Sus padres trabajaban y eran responsables. En su caso, el ambiente social, es decir, los amigos consumidores de drogas, los indujo al consumo. El consumo de drogas de sus amigos formaba parte de la realidad cotidiana, era un aspecto más de la coherencia interna de su mundo de vida. Era una práctica común, llevada a cabo por sus amigos, es decir, era parte de las relaciones

socioculturales establecidas en su medio, así que sumarse a esta práctica no representaba dificultad alguna. Desde el marco de comprensión sociológica de Berger y Luckmann (1999), la realidad que vivieron Omar, Alberto y muchos como ellos, fue asumida como una realidad dada. No se plantearon la necesidad de indagar si esa realidad debía ser como era o no, es decir, si era la correcta o no. Simplemente, respondieron al «aquí» de su cuerpo y al «ahora» de su presente (p.37). Afortunadamente, para Omar, sus padres fueron y siguen siendo su principal apoyo en cada proceso de recaída. De ellos aprendió a cocinar, lo que le ha servido para ocupar el puesto de cocinero en el centro de rehabilitación, tal como dije anteriormente.

#### **5.4. La droga de impacto**

Hablar específicamente de droga de impacto es referirse a la que cada persona ha considerado como aquella sustancia adictiva por la cual buscó tratamiento, o «la que el mismo paciente entiende que le ha provocado mayor daño» (Robles y Gómez, 2011: 7). El impacto del consumo de drogas está directamente relacionado con las repercusiones sociales que tiene para cada persona drogodependiente. Dentro de las más importantes, la OEA a través de la CICAD, reconoce «el mal desempeño y el abandono escolar, la falta de productividad en el trabajo y el desempleo, los costos económicos para el enfermo y su familia, así como el delito y la violencia» (OEA, 2013: 30). En México, desde el año 2011, según la Encuesta Nacional de Adicciones, el cristal es la droga sintética de más impacto para la región noroccidental (Sonora, Sinaloa, Durango Baja California, Baja California Sur), en usuarios de centros de atención no gubernamentales. Del mismo modo, en esta investigación, el cristal también resultó ser la sustancia percibida por las personas entrevistadas como droga de impacto. Sirva como ejemplo la experiencia de King:

— ¿King, a qué edad conoció el cristal?

—Hasta los 44 años.

— ¿Cómo fue su vida con el cristal?

—Me destruyó la vida.

— ¿En qué sentido?

— ¡En todo! Le estoy hablando del dos mil, estamos en el dieciséis, dos mil dos; catorce años. Si a los 44 años conocí el cristal, ya lo conocía, pero me hice adicto al cristal a los 44. Yo tenía buen trabajo, tenía a mi familia juntos, soy el tronco de mi familia, el mayor... Tenía el respeto de mis hermanos y mis sobrinos, de mis hermanos y por ende de los hijos de mis hermanos. Le digo esto porque a lo que voy es que perdí el respeto... Eso fue lo que más me dolió, que ya que conocí el cristal, el respeto ese ya se me perdió, ya no me invitaban a mí, ni siquiera me invitaban a las fiestas, a los 15 años. Y yo les doy la razón porque mi aspecto cambió.

— ¿En qué sentido cambió su aspecto?

—En que perdí el deseo de bañarme, de vestirme. Cuando yo hago consumo de esa droga, no desde el principio, pero si fue breve, al principio la usaba y trabajaba, pero después ya no, yo digo que porque como mi trabajo es de... soy encargado, soy administrador, tengo mando sobre 25, 30 personas en una empresa, que es lo mismo es un bar, es una cantina, pero no es de mi gusto, no es de mi agrado, no está dentro de mi ética, estar drogado yo y tener el bastón de mando en la mano... Solamente lo que consumo es lo que pasa por mi mente, ya no me importa el trabajo, no me importa la familia, mi mujer ni mis hijos, pierdo el respeto a mi persona, mi autoestima baja. No me baño, no me visto, no me rasuro, sucio en la calle. Mi apariencia es de un pordiosero, el pelo crecido, desgreñado, la barba crecida, la ropa sucia y con mi problema que tengo de piernas... traigo un bastón, un pordiosero, un pordiosero. Entonces esa droga sí ha sido para mí destructiva, pierdo... aparte de que pierdo todo lo que tengo, trabajo, familia, respeto, pierdo lo espiritual.

Con expresión de dolor resume lo que le pasó con el consumo de drogas:

Me abandono; mi pensamiento cambia o mi pensamiento deja de existir, mi conciencia me abandona, mi pensamiento positivo me abandona, el hecho de querer salir adelante no existe, en lo único que pienso es en consumir y en la manera de conseguir más.

Ésta suele ser la expresión del consumo problemático de las drogas en las personas internas de los centros de rehabilitación.

Un dato relevante encontrado en esta investigación es cómo se asocia el grado problemático del consumo de drogas ilegales al estigma social que le asignan a las personas drogodependientes. El estigma social del sujeto drogodependiente, en términos de París, Pérez y Villalobos (2009: 15), es «la asunción general de estereotipos físicos, morales y

sociales negativos que definen a las personas adictas a las drogas, independientemente de sus características personales y particulares». Esto trasciende y se manifiesta en la pérdida de oportunidades sociales y en el trato despectivo que reciben de las instituciones de salud. Según estos autores, el consumo de drogas en grado problemático les hace convertirse en personas socialmente excluidas. Las personas drogodependientes en condición de internamiento bajo el modelo residencial no profesional hablan del impacto negativo que han tenido las drogas ilegales en su persona. Lo que dicen se basa en lo que han perdido por el consumo en grado problemático de la drogas.

Así relató Juan-P04-CA, de 26 años de edad, de la experiencia con el cristal dice:

—Presenté pérdida de mi esposa y mis hijas, así como familia... La soledad era una de las compañeras que yo tenía.

— ¿Desarrolló conducta violenta con la esposa?

—Una vez sí la golpié... le pegué un cachetadón.

Respecto al deterioro de su salud, lo percibía por la pérdida de peso cuando se miraba al espejo:

Estaba todo chupado, los ojos saltones, todo flaco. Mi mujer me dejó, mis hijas ya no me [...] La locura que yo tenía, que oía en mi cabeza voces adictivas, delirios y persecuciones, todo eso y cosas que no eran verdad, sino puro fantasía. Mi cabeza se volvía un mundo de fantasías (Nota de EEP: 16/06/2016).

Algo similar ocurrió con Pilar-PC8-CA: «Desde que consumo la droga el cristal, me volví problemático, peleo y discuto con mis abuelos... Por eso me han internado a la fuerza.»

Para Heder-P16-CA: «Con el cristal perdí el control, me volví problemático... No tengo a dónde ir, porque mi esposa quedó muy dañada, muy desilusionada de mí». (Nota de EEP: 14/05/2016). En relación a su salud, dijo haber sufrido una pérdida de peso importante, a razón de 20 kg en 4 meses.

Pepe-P03-CB, de 47 años de edad, soltero, proviene de clase social media y es padre de un hijo. Truncó su escolaridad de licenciatura en el 3er grado de medicina. Inició consumiendo alcohol y tabaco, a los 25 años. Con el cristal comenzó a los 39 años de edad (Datos de ESM: 02/08/2016). Al momento de solicitarle la entrevista inicialmente no aceptó. Dos días después, decidió que sí la daría, y sería grabada su voz. Dijo que quería sentirse escuchado:

— Pepe ¿cuáles fueron esas motivaciones que tuvo para iniciar el consumo de las drogas?

— Buenos días, ante todo saludos a todos los que me van a escuchar porque este es un mensaje de vida. En realidad no me llamo Pepe, pero me protejo y es algo bonito. Imagínenme, mi vida ha sido un caos, cada quien es el arquitecto de su propio destino. Yo tengo 47 años de edad, si vieran mi físico, aparento más. La droga no hace caricias. Yo vengo de una familia católica, tradicionalista, de costumbres arraigadas, en la cual yo me desboqué ¡y como en todo!, un frijolito hay en el arroz, ¿no?, un prietito, ese fui yo. Más sin embargo, tenía fortalezas. No sé en qué momento de mi vida las malas compañías, una mala trayectoria, una desviación. Elegí probar algo diferente. Arriesgándome, conocer, ¿por qué no, llenarme de adrenalina? Yo soy una persona de por sí muy hiperactiva. Imagínense ahora conociendo esa droga.

— ¿A qué droga se refiere, Pepe?

—Al cristal. Al que no la conozca, es la droga ala que le llaman la princesa; la reina es la heroína. Princesa es el cristal ¿por qué?, se van a preguntar, porque es una droga celosa; si fumas, te quita el cigarro, aunque no a todos, porque da un poco de ansiedad. Pero sí te quita el alcohol. Es una droga celosa, te quita la cocaína y te quita hasta la marihuana. Es increíble. Yo he visto y he comprobado con amigos. Como dicen, el amigo de un amigo ¿verdad?, pero es que en realidad, la heroína es la reina, la princesa es la que más daño ha causado, es la droga de moda.

Muchos no conocen, pero conocí el cristal, se llama crack. Se llama cristal, grillo, moño, de mil maneras. Pseudónimos que le ponemos. Le voy a platicar brevemente. Yo pertenezco, [porque esa droga no respeta niveles sociales] yo pertenezco a un nivel medio económico bien, se podría decir, y de ese nivel bajé a un nivel que no era mío, a un mundo bajo. Me empecé a relacionar con gente fea, ¡que ni al caso! Yo jamás me hice amigo, compas entre comillas. Me compré el mundo ahí, con dinero ¿verdad? También te abre puertas, pues conocí gente horrible; todo. Me hizo bajar a un mundo, ahí estaba a gusto, porque yo ahí podía fumar en mi mundo.

Es feo el cristal, nos dan la espalda porque nos enflacamos, nos adelgazamos. Si me vieran, la doctora les puede corroborar. Padezco de lipodistrofia, mis

cachetes están sumidos como si estuviera chiflando o chupando algo con popote. Les digo, la droga no hace caricias. Y estoy horita viendo tantas cosas, ¡que es la droga de moda! Cuando me invitaron la primera vez, antes de bajar a ese mundo, porque en todos los niveles hay. Pues fui a un rollo «UDI». Se preguntarán qué es eso, antes eran aftersorebents, se cerraban los antros. Y como ya no había, hora todo estaba cerrado lo que llaman afters... vamos a una casa, a otra casa, según. Nos íbamos en bola y había un rollo UDI; UDI es usuario, droga, inhalada. Sí, UDI son las iniciales de: usuario droga inhalada, hasta medicamento. Pero como en rollo del mundo alto donde yo me desarrollaba, así se llama, y en el mundo bajo vamos a un reventón, «foquemón», así ha pues. Llegué y pues rollo inhalado, era marihuana, cristal, toda clase de drogas, hasta bongas; que son unas jarras como de cristal con dos mangueritas que suspiran y le ponen arriba en una como una copita un cenicerito ahí le ponen la hierba verde y la queman y la aspiran con las mangueritas.

— ¿Con las mangueritas, como pipas?

—Así es, como pipas como los jeques de Arabia, así la pipa de la paz, pero no la pipa de cristal, la otra. No la de los focos, esa es otro rollo, y pues yo en esas fiestas conocí el cristal. No sabe a nada, no olía nada ante mis olfatos, no olía nada. Pero ya después, me di cuenta que te impregnas hasta el alma, y me despertó una adrenalina que yo nunca tenía... que nunca imaginé.

— ¿A pesar de haberse reconocido como hiperquinético?

—Sí, ajá sí, soy hiperactivo además, bailé toda la noche, platiqué; se me aceleró hasta la plática, ¡todo! Todo el movimiento, y de repente esa droga despierta el libido, ¡el bum!, el libido, es el apetito sexual, ¡un orgasmo lo puedes tener 10 veces mucho más rico por el cristal! Así lo sentía yo, porque normalmente sin droga pues lo que diría una persona normal, ¡que rico verdad!, pero ya después conociendo eso fue una maravilla y me enganchó y... mas no lo usé para sexo, lo usaba para trabajar, me amanecía trabajando.

—Antes de empezar a usar el cristal ¿cuánto pesaba usted?

—No recuerdo, pero sí le puedo hablar de tallas. Era 34 y llegué a ser talla 28, que mi espejo me decía que no estaba flaco. De flaco me iba súper bien, no estaba tan marcado ni nada pero tenía buen cuerpo. Pero ahí ya parecía esqueleto. La gente me sacaba la vuelta en mi medio, en el alto mundo donde yo me desarrollaba. Y me sentía agusto en el bajo mundo porque todos me aceptaban.

— ¡Se sentía aceptado!

—Sí, ha de cuenta que estaba entre los zombis, yo era un zombi. Y entré al mundo de los zombis; así muertos vivientes, pero no me caía el veinte. Hasta que un día toqué fondo.

— ¿Cuándo se miraba al espejo usted apreciaba esa delgadez como algo de riesgo?

—No, me gustaba, me gustaba. ¡La vanidad ante todo!, porque de gordo, no podía ponerme nada, nada que estuviera a la moda, que la llanta, que la grasa. Todo se miraba antiestético y de flaco, ¡a como estaba todo en el maniquí!, en el aparador. Así me quedaba, mas sin embargo me fui olvidando de mí. La ropa no iba a cubrirme de la cara y ahí fue cuando ya empecé. Mis amigos empezaron a darme la vuelta y me aislé, ¡porque es una droga que aísla! Un drogadicto por lo general se aísla del mundo y no se da cuenta que destruye su familia, su hogar. Lo hace un poco más disfuncional, la verdad porque...

Guarda silencio con la mirada perdida.

— ¿Qué pasó con su familia, su mamá, sus hermanos durante ese tiempo en la relación con usted?

—Pues empecé a mentir, ¡porque somos unos reyes de la mentira!, los drogadictos somos muy mentirosos. Y yo empecé a inventar; de por sí yo tenía otras enfermedades que ni al caso, porque solo me estoy enfocando sobre la droga. Tengo algo que no me adelgaza, si no me descuido. Ok, pero ahí sí, ya estaba interviniendo mucho el cristal, inventé aparte de lo que tenía, que tenía azúcar, más no comprobado ante ellos, con papel, una receta o algo de un doctor, pero creían en mí, porque yo soy paciente en esa clínica, atendiéndome otros problemas. Inclusive los doctores me decían te estás drogando, ¡no, es mi chinga, es mi trabajo, me está desgastando, es mi temporada, todo el año tengo tantas cosas que atender! (Nota de EEP: 04/082016).

Si bien Pepe pertenecía a un nivel socioeconómico medio, no era el caso de la mayoría de los internos. En este punto hay que recordar algunos datos sociodemográficos importantes de la muestra estudiada. Todos eran hombres, con edad productiva entre 18 y 50 años. Su estado civil se ha visto afectado por el consumo de drogas en grado problemático.

Como se puede ver, la edad que predomina en los centros de rehabilitación es la edad productiva. Son personas que han ingresado más de una vez al internamiento. Esta es la vida que le espera a quienes tienen menor edad y están atrapados en el consumo de drogas, en medio de circunstancias caracterizadas por aspectos socio-demográficos, económicos y culturales de pobreza y entornos familiares problemáticos. Como el caso de Jahir, de 14 años de edad, a quien al finalizar la entrevista le pregunté ¿qué mensaje le darías a los niños de once años sobre las drogas? A lo que respondió muy entusiasta: «Pues yo le daría un mensaje, que hay que aprender a vivir un día más, y que no hay que utilizar nada de eso, porque si lo utilizas te llega un fondo de sufrimiento» (Datos de EEP: 17/08/2016). Cerré la entrevista expresándole mi agradecimiento. Sin embargo, el 19 de agosto de 2017, acudí de nuevo al centro y pregunté por él. Me notificaron que se había ido y que había regresado al consumo de las drogas. El responsable del centro lo buscó y no lo encontró. Escapó, lo que debió haber sido fácil, ya que se le había dado la confianza de salir a la calle a realizar las compras que le pedían los otros internos. Solo se sabía que había regresado al consumo de drogas.

## **CAPÍTULO VI: IFORME DE INVESTIGACIÓN DEL MODELO RESIDENCIAL DE TRATAMIENTO NO PROFESIONAL A LAS ADICCIONES**

### **6.1. Los centros de rehabilitación para las adicciones**

Aun cuando el problema de las adicciones es reconocido como un problema de salud pública, la mayor parte de las instituciones que ofrecen el modelo residencial está en manos de personas que padecieron el consumo problemático de drogas. Este modelo de intervención es un ejemplo concreto de cómo la sociedad civil da respuesta a la demanda de atención al problema de las adicciones, sustentándose en la ayuda mutua, aunque, de manera ocasional, puede incorporar el apoyo de un profesional de la salud. Como he dicho antes, esta es la característica principal del modelo residencial de tratamiento no profesional a las adicciones en México y Sinaloa. Este modelo se ha consolidado como alternativa para contener el consumo problemático de drogas ilegales, a través del confinamiento y aislamiento temporal del sujeto drogodependiente.

De los tres centros donde realicé el trabajo de campo, dos son dirigidos por personas que vivieron en carne propia la drogodependencia en grado problemático y actualmente están recuperados. Ambos reconocen que dedicarse al centro los mantiene en abstinencia. En sus unidades se guían por el modelo de autoayuda basado en los Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos<sup>11</sup>.

El director del Centro A, a quien llamaré Antonio, desde su experiencia de casi 15 años, habló sobre la reincidencia al internamiento de las personas drogodependientes y la frecuencia de regreso a los centros de rehabilitación:

[La reincidencia] se da de manera muy frecuente, y se debe al poco tiempo que los internos permanecen en el centro, que regularmente es de tres meses.

---

<sup>11</sup> Doce Pasos de Alcohólicos Anónimos: Se basa en admitir que uno es incapaz ante el alcohol y no puede gobernar su vida debido a ello; en poner la propia vida en manos de un «poder superior»; en hacer un inventario moral y repara los daños en el pasado, y en ayudar a otros alcohólicos. World Health Organization (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

Quienes tienen una permanencia de tres meses, el cien por ciento recae en las drogas, pero no todos regresan al centro. Los que permanecen por seis meses, presentan reincidencia al centro casi un cincuenta por ciento. Y los que logran una permanencia de un año o más, son los que logran hasta en un 80 % la reinserción social [Por ejemplo, tres personas que estuvieron en este centro] se encuentran empleados laboralmente sin consumo de drogas (Nota de EEP: 15/04/2016).

Durante la búsqueda del acceso a los centros para realizar el trabajo de campo, conocía una Trabajadora Social, a quien llamaré María. Ella es gestora de recursos económicos para grupos e instituciones filantrópicas que, mediante una solicitud de apoyo y presentando un proyecto de atención apegado a los derechos humanos y con un programa que pueda ser supervisado, brinda asesoría para participar en un sorteo que utilizan como mecanismo de selección. La Fundación del Dr. Simi financia este sorteo, este se realiza cada año. Su labor de intermediaria fue determinante en mi investigación, pues se convirtió en la portera principal que hizo posible mi acceso a los centros B y C.

Tal como ya he referido, me habían negado la posibilidad de entrar en esas unidades de internamiento. Uno de los argumentos o razones que esgrimieron para sustentar su negativa se resume en este enunciado: «Ya tenemos un médico que cuando lo ocupamos y la familia puede pagar la valoración del interno, viene a revisarlo». Otra respuesta fue que sus «jefes» o los «dueños» del centro no autorizaban la entrada de personas extrañas a observar ni platicar con los internos, porque los «drogadictos son agresivos» y porque «no se deben interrumpir las actividades programadas que realizan dentro del proceso de rehabilitación» (Nota de campo del día 02/05/2016).

Con la intención de saber si el centro A contaba con el apoyo referido o con ayuda gubernamental, le pregunté a Antonio si recibía apoyo económico del Estado. Su respuesta fue inmediata y contundente: «No, en absoluto, no».

A sabiendas de que los internos son quienes sostienen económicamente a los centros, le pregunté lo siguiente: ¿Cuántos internos tiene en el centro?

Actualmente hay en el centro veinte internos, y tengo a tres colaboradores de asistencia. Pago una renta mensual de doce mil pesos. Y tengo internos que no pagan ni un solo cinco. Y aún así he recibido demandas de algunas gentes ante

derechos humanos, de los que he percibido que ha sido más con la intención de no pagar lo que deben (Nota de campo del día 15/05/2016).

Al contactar con los internos, encontré algunos que durante su estancia no habían pagado ni un mes de estancia, como el señor King, quien fue internado por su familia y solo recibió visitas los primeros meses. Luego, lo abandonaron a su suerte por no tener capacidad económica para pagar el internamiento.

Durante la entrevista, Antonio me habló del tipo de atención que brinda su centro, misma que describe como «modelo mixto no profesional», porque no cuenta con personal profesional del área de la salud:

No contamos con médico y actualmente no hay psicólogo. Lo hemos tenido de manera irregular. La intervención terapéutica que se aplica es la de Alcohólicos Anónimos, pero solo los dos primeros pasos, que consisten en aceptar la enfermedad y comprometerse a solo por hoy permanecer sobrio, así como el uso de la tribuna y la carta de autodescripción de logros con evaluación colectiva, que generalmente se hace cada semana (Nota de EEP: 16/07/2016).

Según su descripción, la intervención se basa en conseguir «la abstinencia y logros en cambios de actitudes dentro del centro con evaluaciones del equipo». La valoración la realizan los internos que escuchan a quien tiene la voz en la tribuna, y su objetivo es que el sujeto logre «aceptar que requiere de más compromiso y voluntad para cambiar» (Nota de campo del día 15/05/2016).

Más tarde, durante el trabajo de campo, observé que para la realización de los Doce Pasos de AA los internos se sientan en círculo. Hay una persona que dirige la asamblea e inicia con su historia personal como drogodependiente. Luego, da la palabra a otro interno. Lo llama por su nombre y le pregunta, por ejemplo, «Pedro, ¿tú qué tienes que decir de este paso?» Mientras que en la «Tribuna Libre» o de «Libre Aliviane» la participación es voluntaria, y los participantes deben ser, principalmente, los que tienen menor tiempo de haber llegado. Aunque no siempre es así, los internos de ingreso recientes suelen estar expectantes y atentos, como si quisieran captar los aspectos clave del funcionamiento. Sobre todo, quieren saber qué dicen los que ya tienen más tiempo en el centro. He aquí lo que dijo Iván-P32, de 39 años, interno en el centro A:

Estamos hablando de las juntas, de cómo funciona. Desde que ingresas, te ponen tu nombre y dirección todo, todo. Pero hablemos del tratamiento de cómo me funcionó, de cómo comencé a darme cuenta de que estoy más sistemático, más serio de lo que parece. Sí se tiene uno que adentrar en cómo evoluciona una enfermedad y cómo debemos evolucionar con el tratamiento. Se desarrolla con los mismos internos. Está el coordinador. En la junta se apuntan los que están a punto de salir. El que sube a decir lo que piensa que ha logrado de cómo llegó y en una parte el coordinador apunta lo que haiga externado. Lo que es más importante se anota para saber de qué hacer en la junta, qué tema de libre aliviane o del que subió para tratarlo en la próxima junta (Nota de EEP: 06/08/2016).

— ¿En qué consiste la junta de libre aliviane?

—La de libre aliviane se dice que es una junta para platicar de todo. Puedes cantar desde un corrido hasta un pato aventura, o sea, puedes cantar o contarme desde que andabas tú en las drogas; que soy el mejor, que yo los golpeo, que nadie me hace nada, cosas de esas. Entonces puedes contar cómo comenzó tu adicción, si tú crees que le echas la culpa a alguien o es tu culpa, o por problemas familiares, si tienes homosexualidad reprimida, si eres una persona violenta. Lo que tienes tú en tu cabeza, en general, o las ideas que tú traes, para acomodar tus ideas y visualizarte (Nota de EEP: 06/08/2016).

De esta práctica de intervención se genera la tarea de escribir en un cuaderno u hoja blanca lo que se ha logrado avanzar y en lo que según ellos «está estancado». Lo denominan tener «defectos de personalidad». Quien fue calificado dentro de esta categoría, se lleva la responsabilidad de escribir cómo lo va a mejorar. Es aquí donde se asigna al «padrino», una persona a quien se considere apta para dar acompañamiento personal. El padrino será quien aconseje de cerca al interno nuevo para orientarlo en cómo transformar ese «defecto de carácter» (Nota de campo del día 20/06/2016).

Solo fue posible observar esta práctica en el centro A con el grupo de internos. Solía distinguir con facilidad a las personas que presentaban mayor daño neurológico por las drogas. El resto de los internos los señalan como «personas psiquiátricas». Estas personas, al estar sentadas por tiempo prolongado, empiezan a experimentar movimientos involuntarios de las extremidades, fasciculaciones en cara, a veces con episodios de verborrea incoherente y a veces con mutismo prolongado.

Los pacientes denominados psiquiátricos quedan bajo la responsabilidad de algunos internos que «se han portado mal», o de quien se considere que «necesita desarrollar la humildad». Parte de esa responsabilidad tiene que ver con controlarlos en caso de que se pongan violentos, administrarles sus medicamentos y, casi siempre, unos cinco minutos antes de iniciar las reuniones de intervención, debían dar a cada uno de los internos con enfermedad psiquiátrica las gotas de clonazepam para asegurar que estén calmados durante las mismas. Las personas con trastorno psiquiátrico severo cursan internamientos prolongados porque en sus hogares no son funcionales, así que los relegan al internamiento sin esperanza de que mejoren. Algunos de ellos son visitados los domingos por algunos miembros de su familia, con quienes comparten la comida (carne o pollo asado), como si fuera un día de campo. Ese día se les ve felices, y sonrientes. Luego deben esperar que transcurra otra semana para volver a comer en familia (Nota de campo del día 20/06/2016).

La falta de profesionales como médicos, psicólogos y trabajadores sociales en los centros de rehabilitación que visité se hizo patente al observar la fuerte demanda de atención que necesitan no solo los internos sino las familias. Estas últimas no tienen quien les brinde información u orientación que les ayude a entender el problema de la drogodependencia que padecen sus hijos, esposos, hermanos y padres. Todos están o han estado involucrados en dinámicas de conflictos familiares y económicos que no les permite sufragar tratamientos por periodos prolongados, así que, al completar tres meses, suelen llevarse al afectado a casa. En este sentido, el internamiento más frecuente es el que tiene una duración de tres meses, debido a que la mayoría de las familias pertenecen al estrato socioeconómico bajo y no pueden responder al gasto económico que genera tener a sus hijos, padres, esposos o hermanos internados por más tiempo.

Un domingo, durante una visita y para dar continuidad a una de las entrevistas en profundidad, escuché accidentalmente un diálogo entre dos señoras visitantes de internos. Mientras esperaban ser atendidas por el responsable del centro, conversaban sobre sus familiares que se encontraban internados y ese día deseaban saber sobre la evolución de su condición. Puesto que nos separaba una pared de tabla roca y no habían notado mi presencia, platicaban con confianza. Por su plática pude entender que una visitaba a su hijo y la otra a su esposo. En su diálogo se percibía enojo y angustia a la vez, porque, según la

madre, cuando preguntaba por teléfono por su hijo, no le proporcionaban información suficiente. La madre decía: «A mí nadie me ha explicado cómo está mi hijo, cómo va, si está mejorando o no, y cuánto tiempo es el recomendado para estar aquí encerrado.» Mientras que la esposa respondía: «Ni a mí. Cuando he venido a verlo, él me dice que ya se quiere ir, que ya puede dejar de consumir solo, que no necesita estar encerrado en el centro y no sé qué hacer, ni cómo ayudarlo.» La madre agregó, en un intento de consolar a su compañera de espera, «con este centro ya van cinco en los que lo he metido y todos están muy caros y en otros los maltratan». Ese día me retiré del centro reflexionando sobre la necesidad urgente de que estos modelos institucionales de internamiento para las personas que padecen de la adicción a las drogas estén a cargo de personal profesional capacitado y sensible de sus necesidades bio-psicosociales como enfermos mentales (Nota de campo del día 28/08/2016).

Otra problemática que observé en los centros fue la sobrepoblación. Los internos viven en condición de hacinamiento, esta los lleva a presenciar y experimentar todos los sucesos de la vida cotidiana de los que recién han llegado, de los que pronto se irán y de los que permanecen enclaustrados por tiempos prolongados. Todos son testigos del comportamiento de sus compañeros, de sus malillas<sup>12</sup>, de sus desesperaciones y de sus esperanzas. Una de las manifestaciones concretas del hacinamiento es que una sola habitación suele ser compartida por nueve, doce o más personas. En el Centro A, la población oscilaba entre 14 y 32 personas durante el tiempo del trabajo de campo. Este centro tiene solo tres recámaras para dormir, un baño y un sanitario. En una sala, los que no tienen permiso de salir comparten todas las actividades en ese espacio. En ella se llevan a cabo las prácticas de intervención. En general, la cotidianidad del encierro transcurre entre juntas, la ingesta de los alimentos, ver televisión, realizar labores de limpieza, vigilar y recibir o dar castigos a compañeros, y nada de esto escapa a la mirada del Otro.

---

<sup>12</sup>Malilla: síndrome de abstinencia. Conjunto de reacciones corporales que ocurren durante las primeras horas y los primeros días en que una persona adicta a las drogas deja de consumirlas. El síndrome es particularmente agudo durante los diez primeros días de abstinencia. Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas Documento de Trabajo No. E052009. (2009). «Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares»: glosario. Recuperado de: [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/E05-2009-1Co.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf)

La sala donde pasan gran parte del día se conecta con la entrada al dormitorio, con el baño y con el sanitario. De tal manera que todos presencian el momento en que las necesidades fisiológicas se hacen presentes en el organismo. Solo tienen que solicitar permiso a quien se encarga de cuidar el baño y pedir papel sanitario, el cual se otorga en pequeñas porciones un interno que siempre trae en sus manos una cajita de cartón con los pedazos de papel ya cortados. Tener que pedir permiso para realizar actividades consideradas menores en el mundo exterior al encierro, según Goffman (2009: 53), es el «medio más efectivo para desbaratar la economía de acción de una persona». De la experiencia personal en torno al hacinamiento de los centros de rehabilitación, dijo Juan-P04-CA lo siguiente:

—Allá en Costa Rica no, en ese centro yo lo miré... más bien sentía que éramos puros refugiados, éramos muchos. A veces, a mí me tocaba dormir en el suelo, en la pura puerta, en la salida.

— ¿No había camas para todos?

—No, no alcanzábamos. Era bien cansado. La mayoría dormíamos en el suelo, unos debajo de las otras camas, en el suelo y pues ahí sí me sentía que... pues era mi primera encerrada en un centro de drogadicción. Sentí bien feo, sentí que... lloraba (Nota de EEP: 16/07/2016).

Al vivenciar y comparar los espacios de internamiento Juan comentó:

En ese centro, éramos muchos para la junta y muchos no alcanzábamos y pues era otro estilo... otro estilo. Yo miro la clínica esta, pues dicen que es clínica aquí. La miro, no [...] diferente pero somos poquitos. De hecho, yo soy guardia allá arriba y pues ando en todo porque somos poquitos. También le pongo atención en sus necesidades que ocupan, en qué les puedo ayudar o algo, o ellos también a mí (Nota de EEP: 16/07/2016).

Cuando Juan compara, no estima las diferencias en función de pasar de una situación previa «mala» a una situación actual «buena». La «mejoría» que construye se basa en el paso de una condición muy negativa a una menos negativa. Compara el centro anterior con el actual, y expresa que en este último las condiciones son mejores porque hay menos internos y, en consecuencia, se siente mejor atendido. Incluso, sirve a la institución en calidad de «guardia», está atento a las necesidades de los demás y luego se las comunica al dueño del centro. Juan y en general todos los que tienen un rol específico en la unidad residencial, sienten que ya están a punto de salir del centro y recuperan el sentido de utilidad. Se consideran capaces de servir a alguien. Mantenerse ocupados, vigilando al resto de sus

compañeros, disminuye los síntomas de depresión. Las tres unidades visitadas, como ya he dicho, pertenecen a la categoría de institución total y son un claro ejemplo de lo que Goffman (2009) define como un híbrido social. Los centros que tienen como punto de partida el encierro involuntario, tienen carácter de comunidad residencial; los que fundamentan su intervención en el internamiento voluntario, tienen una fuerte marca religiosa y no impiden que el sujeto abandone el centro, si así lo desea.

Aparentemente, el sujeto drogodependiente construye ambas formas de encierro como medios eficaces para su recuperación. Cuando se asigna un trabajo específico que implica cumplir con cierta responsabilidad dentro de la institución total, los internos consideran que esa actividad tiene como objetivo corregir lo que ellos mismos denominan «defectos de carácter».

Los centros A y C se basan en el encierro y son considerados como anexos. Mientras que el centro B trabaja con «las puertas abiertas» porque sus internos ingresan voluntariamente y cuenta con un reconocimiento social de *institución formal*, toda vez que trabaja como Institución de Asistencia Privada con razón social de internamiento para el sujeto drogodependiente. Así, cuando un interno se quiere ir del centro, solo debe manifestar su intención. Por lo general, tratan de disuadirlo para que no lo haga, si consideran que aún no es el momento de que se vaya. Si no se logra, el interno se marcha y se avisa a la familia.

Infraestructuralmente, el centro B es amplio. Cuenta con recámaras suficientes y patios adecuados para caminar, jardines en los cuales con frecuencia podía ver a los internos regando plantas y limpiando patios. Las labores de limpieza, preparar los alimentos, hornear galletas para vender en las iglesias, son actividades que mantienen ocupados a los internos durante el día, cuando no están participando en las terapias religiosas que incluyen la misa, las horas de oración y el catecismo. Hay otras actividades que se llevan a cabo en una amplia sala de usos múltiples, coordinadas por la directora del centro. Estas actividades están orientadas hacia el desarrollo de la autoestima.

El respeto y el amor a Dios es lo que caracteriza y hace diferente al centro B, respecto de los otros dos. Incluso, es difícil no tener la percepción de que se trata de una institución principalmente religiosa, cuya función es recuperar al sujeto drogodependiente. Cabe decir

que, aparentemente, en este centro los internos se sienten como en familia. Asumen a la directora como una madre y a sus compañeros como hermanos. Les une la fe en Dios y la esperanza de recuperar la salud. Su principal objetivo es dejar las drogas aferrándose al «poder superior», el que admiten haber abandonado por su adicción. Sobre la forma de atención que brinda el centro, su directora dijo lo siguiente:

Defino este proyecto como un tratamiento especial por ser espiritual, providencial la existencia de este modelo de tratamiento que es dirigido a la persona, haciendo énfasis en el carácter de la persona, del sujeto drogodependiente (Grabación del día 17/06/2016)<sup>13</sup>.

El proceso para entrar en los espacios del centro C es más restringido. Recuerdo el primer día de ingreso, cuando me asignaron la sala donde entrevistaría a los internos. Me dijeron que la puerta debía permanecer siempre abierta, lo cual me pareció bien debido a que hacía mucho calor, y así entraría el aire fresco de la sala de espera al consultorio. Luego comprendí que no era un asunto de clima, sino de vigilancia: querían saber qué decían los internos durante las entrevistas.

Hacia la izquierda, el área de revisión está conectada a la sala; a la derecha, al área de encierro y, de frente, a una bodega donde guardan alimentos. De esa bodega el vigilante sacaba el café que me ofrecía todas las mañanas. Este vigilante, con llave en mano, siempre custodiaba la reja metálica que impide salir a los internos que no tienen permiso de realizar actividades extramuros. Siempre abre y cierra cuando alguien desea salir o entrar. Cabe decir que no logré saber cuántas recámaras tenía el centro, debido a que me negaron el acceso. Como he dicho antes, solo pude usar el área destinada a la valoración psicológica.

En el centro C siempre percibí un ambiente carcelario. Durante las valoraciones sociomédicas y las entrevistas, escuchaba los rechinos de la reja y del candado, cuando abrían y cerraban la puerta metálica en forma de reja por donde entraban y salían los internos que entrevistaba o valoraba. Cuando una de las personas valoradas salía de la sala, el portero, el paciente y los que estaban esperando ser revisados con frecuencia decían con voz fuerte «el que sigue», «que pase el que sigue, al que no lo haya valorado la doctora» y «ahora que pase uno de la cocina», «del cuarto de arriba». Con frecuencia, se reían o hacían

---

<sup>13</sup> Fragmento del relato de la primera conversación que tuve con la directora del centro B, cuando nos encontramos para establecer los días que asistiría al centro a realizar el trabajo de campo.

algún comentario mordaz cada vez que salía un interno de la valoración o la entrevista, por ejemplo, «es la misma historia con diferente actor, esto es así, mi cuate». Por lo que infería que el vigilante y el portero escuchaban la entrevista.

La percepción de ambiente carcelario se consolidó cuando un día, al terminar mi trabajo y pasar por la sala de espera para salir del centro, encontré a dos personas con esposas metálicas en sus muñecas. Ambas, al oír mi saludo de buenas tardes, solo sonrieron tímidamente (Nota de campo del día 14/07/2016). Ese ambiente y situaciones como las descritas me hacían sentir como médico de la penitenciaría, y sabía que todo lo que me decían los internos sería contado al personal de administración del centro (Nota de campo del día 24/06/2016).

Los relatos de los internos, al igual que en las otras dos instituciones, solían limitarse al funcionamiento del centro. No se admitía ni se negaban la aplicación de castigos. Sin embargo, algunos de los entrevistados de los otros dos centros llegaron a platicar sobre sus vivencias cuando ya había ganado algo más de confianza. Por ejemplo, Pepe-P03, del centro B, dijo que, luego de haber iniciado el consumo de cristal, fue internado por sus padres en ese centro. Era su primer encierro, en él, le tocó vivir discriminación y una violación sexual, lo cual expresó como “lo que nunca de persona con preferencia sexual diferente había vivido”, y hoy sufre lo que él denomina estrés postraumático:

En ese centro, yo viví una injusticia muy fea. Sufrí discriminación. Iba preparado para eso de toda mi vida. No defender lo que es porque yo lo viví con dignidad, lo que soy, mi orientación sexual, porque es una manera diferente de vivir y muy respetable.

— ¡Claro!

—Discriminación, porque desgraciadamente hay una palabra muy grande que se llama homofobia. Homofobia es un odio muy grande hacia las personas gay sean hombre o mujer, como hay fobias de otros tipos.

—Sí.

—Esta se llama homofobia de homosexuales, de personas gay. Y pues, había donde me anexaron involuntariamente, y al llegar a ese lugar dije pues qué onda, la ignorancia de los dirigentes de ese lugar... y no digo nombres de esa institución, represalias y no sé. Estoy muy lastimado, así que no me interesa saber de esa gente (Nota de Segunda EEP: 09/08/2016).

Al llegar, la discriminación fue muy grande porque, al llegar me apartaron de los demás... en un plato aparte... y me sentí como perro porque me hicieron sentir mal. [...] Este encierro fue involuntario y pues al llegar ahí topas con pared, por otro tipo de vida que no elegiste o que no tuve elección; la voladora y pues me segregaron de los demás. Segregar es apartar, inclusive me tiraron a un piso a dormir en una cobija. Ese centro era paupérrimos, pobrísimo, estaba lo mejorcito de lo peorcito y pues sí, llegó una oveja con los lobos y no sabía defenderme, y al momento pues obvio, hay bisexuales, hay gente homos, gay tapados que no se reconocen, son los peores y hay gente mala (Nota de Segunda EEP: 09/08/2016).

Cuando dijo «ahí me encontré el infierno», comenzó a perder la voz, sus ojos se llenaron de lágrimas, y lloró sin poder evitarlo, y dijo «se me remoja el ojo y horita trato de... para que mi voz no se quiebre y me puedan escuchar» [él tenía la idea de que la grabación de su relato sería escuchada por alguien más]. Con un semblante de tristeza me dijo: «sufrí dos violaciones masivas». Sobre cómo sucedió agregó:

Me dieron un cuarto donde dormían los servidores. Eran seis y pues al pasar el tiempo pues me empezaron hacer bullying, y yo me defendía. Ellos respondían diciendo ¡ah este es bravo!, pero horita le vamos a quitar lo bravo órale, y yo dormía con un clavo para defenderme, dije ¿qué onda?, porque yo estaba aterrado, no estaba acostumbrado, y una noche llegaron, porque ellos tienen la capacidad y el poder de salir a la calle y no hay nadie en la entrada que los revise.

— ¿Porque son vigilantes?

— Así es, y un servidor (Nota de Segunda EEP: 09/08/2016).

Refiriéndose a los vigilantes y al servidor dijo:

Venían drogados y traían droga consigo. Me agarraron a fuerza y me pusieron una tunda, me amarraron atrás las manos y me pusieron un calcetín en la boca, pero previo antes una sustancia en un algodón o algo que me medio atarantó y pues imagínese los seis y pues solitos se sirvieron a sus instintos, no es lo mismo yo de gay que es voluntario (Nota de Segunda EEP: 09/08/2016).

Las lágrimas corrían por sus mejillas sin poderlas contener. Me sentí muy impresionada, casi a punto llorar con él, pero no lo hice. Era importante conservar el aplomo para poder seguir con la entrevista, ya que era la segunda y tal vez no podría volver a entrevistarle otro

día. «Sufrió y recaí, porque jamás en mi vida había estado en un centro, conviviendo con tanto adicto y había hacinamiento y pedí yo algo mejor para mí, y sí me lo dieron».

Cabe aclarar que cuando dice centro mejor, se refiere al centro actual, y del anterior; al centro C. Sobre este último agregó:

—Mas sin embargo sólo ese centro me sirvió para detener mi consumo, mas no mi mente, porque esos tratamientos, terapias para mí no funcionaron.

— ¿Cómo eran esas terapias?

—Cansadas; maltrato mentalmente, porque es atendido por los mismos adictos, en realidad (Nota de Segunda EEP: 09/08/2016).

—Fuera de esa mala experiencia, platíqueme un día cualquiera Pepe.

—Te levantas, te desayunas, te cambias y vas a tu junta matutina tres horas para hacer tiempo que hagan la comida. Así lo veía yo, una comida. No sé, para mí, la comida no se maldice, pero sí estaba muy fea, era repollo con agua cocido nada más y la junta era muy tediosa. Por lo general, la daban... la dirigían personas con mucha amargura, se pasaban insultando a todos; el bullying al cien. El bullying al cien ante mí, jamás, no porque yo me defendía (Nota de EEP: 02/08/2016).

## **6.2. Reincidir a los centros de internamiento**

Como lo expresó Antonio, director del centro A, regresar al internamiento por presentar recaída en el consumo de las drogas es un hecho frecuente. Aun cuando el tiempo considerado como el mínimo obligatorio para estar internado es de tres meses, aseguran que no es tiempo suficiente para rehabilitarse. Por lo tanto, regresan al encierro. En este sentido, los centros de internamiento bajo el modelo de tratamiento no profesional para las adicciones se convierten en el entorno donde los sujetos drogodependientes estructuran su vida cotidiana. Su idea de tiempo y espacio se concreta en los centros, y desarrollan en su mente la facticidad de su estancia en ese lugar (Berger y Luckman, 1998).

Siguiendo la idea de Odgers y Galaviz (2016), cada centro de internamiento es solo un lugar de espera. Las personas que quieren dejar el consumo de drogas esperan la rehabilitación; quienes no, solo esperan salir para volver a consumirlas.

Por lo general, el ingreso a los centros no es voluntario. Rime-P68-CC, de 23 años, cursaba su tercer internamiento y lo entrevisté a diez días de haber llegado al centro:

— ¿Tu internamiento fue voluntario o te trajeron?

—No, me trajeron.

— ¿Quién?

—Mi madre.

— ¿Cómo fue para ti ese primer internamiento?

—Pues el primer internamiento fue más que nada como, se puede decir... yo lo tomé como un retiro espiritual pues porque no, no, no, duré, nomás veinte días. Entonces como era nuevo eso para mí, ya tenía mis hijos.... Tengo tres hijos, tengo tres bebitos y pos como dicen aquí... pues le lloré a mi amá, pues de que iba a cambiar, pero enmascaradamente, no se lo dije de corazón ni nada, simplemente que no quería aguantar yo dentro del centro pues. Yo sabía que no estaba curado, yo sabía que ocupaba mucho más tiempo, yo sabía que era por mi bien (Nota de entrevista EP: 25/07/2016).

— ¿Consideras que el internamiento te está ayudando?

—Sí, la verdad yo horita soy otra persona, se lo juro. Aquí, como me ve, yo llegué tirando golpes, no me dejaba ayudar por un guardia, un cocinero o por un salero o por un secretario o un presidente. Nada, nada, a mí no me interesaba nada pues yo ahí ya venía yo muy dañado de mi mente. Hoy o sea, esta vez mi segunda anexada pues ya era como en gobernabilidad pues con mi otro yo o sea, mi otro... yo no sentaba cabeza, no pensaba que lo que querían hacer en mí, es salvar mi vida, pues entonces gracias a dios... (Nota de entrevista EP: 25/07/2016).

— ¿Actualmente cómo te sientes con tu mamá?

—Pues la verdad le he llegado a pedir perdón, como nunca lo he hecho. He llegado a hablar con ella como si fuera mi mejor amiga, cosa que nunca lo había hecho. Le he llegado a hacer cariño frente a las personas. No me da vergüenza ya pues yo siento que ella me salvó la vida, que me volvió a parir siento que ella... Estoy súper agradecido con ella ¡pobrecita!...todo lo que le hice, pero nunca es tarde (Nota de entrevista EP: 25/07/2016).

Con respecto al tipo de internamiento a estos centros de atención a las adicciones, encontré un porcentaje del 50% tanto para el ingreso voluntario como el involuntario. Del total de

internos un 80% eran reincidentes a los centros. Esta cifra incluye a los sujetos consumidores de drogas «duras» o de impacto, entre las que destaca, como ya he dicho, el cristal. Al ser las personas que han estado más tiempo en los centros de rehabilitación, conocen mejor su funcionamiento, pero no todos aceptaron ser entrevistados. Los consumidores de heroína se negaron con excepción de Omar y Agustín, y son quienes más presentan fugas durante el internamiento. No es fácil para ellos permanecer por mucho tiempo en el encierro. El síndrome de abstinencia, algunas veces, les hace renunciar a la determinación de recuperarse, a pesar de las sobredosis. Solo el encierro forzado los mantiene en abstinencia. Algunos internos han renombrado el síndrome de abstinencia como «malilla seca». Al respecto, he aquí un fragmento de la entrevista con Agustín-P73-CC:

— ¿Ha habido días en que sienta que su organismo le pide heroína?

—De hecho sí, ¿para qué le voy a decir que no?

— ¿Cada qué se le presenta?

—Cuando estoy dentro de estos lugares, llega, como le decimos nosotros, la malilla seca.

— ¿Qué es una malilla seca?

— Es sentir los malestares sin consumir.

— ¿Y qué malestares ha sentido usted?

—Dolor de huesos, sin ganas de comer, insomnio, dolor de cabeza, calentura. Incluso, se me ha querido revolver el estómago; y son los síntomas cuando uno recién empieza a dejarla, y porque a mí me lo han dicho los padrinos; personas ya de la misma adicción que es la malilla seca. Y por eso siento que todavía apenas estamos queriendo batear (Nota de EEP 12/08/16).

— ¿Se refiere a fugarse? ¿Lo ha hecho alguna vez?

—Una vez, pero esa vez nos pusimos de acuerdo, pero dije yo, sabes, que no se hace, no se hace, y mi compa con el que ya había quedado dijo, no pues yo sí lo voy a hacer. Y todo por darle mi palabra de que yo también lo iba hacer, pues me tuve que ir atrás de él y pues el único que logró salir fui yo.

— ¿En qué internamiento fue ese?

—Fue en el tercero, por ahí...tercero o cuarto (Nota de EEP 12/08/16).

Omar-P18-CC, de 35 años, es el interno que ha tenido más reingresos a los centros. Cuando empieza con los síntomas de abstinencia o «la malilla», se fuga. Detodas las personas entrevistadas, consumidoras de heroína, actualmente se mantiene sin escapar porque está en proceso de pelear la custodia de su hijo, tras la separación formal de su esposa. Su internamiento en esta ocasión se debe a que se encuentra peleando la patria potestad de su hijo. Se sabe en desventaja respecto de la madre. Él dice «Sé que por ser drogodependiente la llevo de perder, pero aquí estoy echándole ganas, soy el que hace la comida y la hago buena».

Un día, al llegar al centro, escuché una persona preguntando por mi llegada...«Ey, portero, ¿ya llegó la doctora?» Era Omar. Cuando le contestó que sí, solicitó ser el primero en pasar. El portero le preguntó para qué, y él respondió que tenía algo importante que decirme. Al entrar al consultorio, le pregunté ¿Qué noticias nuevas tienes Omar? Se le dibujó una sonrisa en el rostro. Su expresión de felicidad era tal que me hizo pensar en que estaba por salir del centro, pero la noticia que me dijo con gran entusiasmo fue otra:

Pues la noticia buena es que ya no tengo que consumir, porque me están pidiendo la potestad de mi hijo y la quiero pelear; porque está la droga o mi hijo. Si consumo pues lo voy a perder y tengo que luchar por mi hijo y mis padres y a causa de la droga perdí a mi mujer, pero ahora me interesa mi hijo, me interesa mi hijo que es lo más importante y gracias a Dios nunca le pegué cuando andaba con el influjo de la droga (Nota de conversación del día 28/07/2016).

En esa ocasión, me fui pensando que tal vez esa sería su mejor motivación para dejar las drogas. Por su parte, King decía con firmeza: «he estado en casi todos los centros», y acto seguido los enumeró uno a uno, aclarando que algunos ya no existían (Nota de ESM: 21/05/2016). Luego, respecto a cómo realizan la intervención en los centros, afirmó que todos trabajan igual:

En todos los lugares que he estado se trabaja de esta manera, el que ha tenido más tiempo y se ha portado bien, y se ha llevado su estancia normal, sin llevar ni un desgarrate, sin alterar el orden, se le da un servicio<sup>14</sup>, así se le llama. Es un

---

<sup>14</sup>Dar un servicio consiste en asignar una actividad a un interno. Esta actividad es supervisada por otro compañero o por un padrino. Llevar a cabo esta actividad es una forma de medir la responsabilidad desarrollada por el interno. Las actividades más referidas son: padrino, portero, cocinero y salero. Una de las actividades pertenece a la esfera del castigo: lavar los baños. Por lo general, esta actividad se asigna a quien se

servicio, se le va dando un lugar de respeto, no es de mando. Dentro de los grupos no existe el gobierno, nadie gobierna, todos somos iguales, simplemente que unos tenemos más experiencia, tenemos más tiempo adentro (Nota de campo del día 27/07/2016).

King se reconoce como la persona con el mayor tiempo de internado, y acepta que tal vez su hija nunca lo saque porque debe mucho al centro y ella no puede pagarlo. King admitió que después de haber consumido cristal no ha podido conseguir abstinencias prolongadas, por lo que su hija lo internó y, por falta de dinero, no lo ha sacado. Actualmente, realiza funciones de vigilancia y orden dentro del centro. Entre sus funciones como servidor está coordinar las prácticas de intervención, las Juntas de doble A y las de Libre Aliviane.

Su avanzada edad y su aspecto rudo imponen cierta autoridad. Sin embargo, cuando camina, se puede ver a un hombre cansado y débil. Tiene dificultad para la marcha y se queja con frecuencia de dolores en las rodillas, por lo que en todas las visitas que hice al centro me pidió analgésicos. A pesar de ello, se siente halagado por ser quien coordina el orden en esta sala. Los días que los otros internos reciben visitas, siempre le comparten de los alimentos y golosinas que les traen los familiares. Para él, es una muestra del respeto que le tienen los internos. Según King, el respeto se lo ha ganado porque siempre se porta bien con sus compañeros, y trata de no castigarlos.

Del centro B, es Nachito-P22, de 46 años. Es la persona que tiene mayor tiempo de internado. Inició su consumo en el grupo de amigos y compañero de la facultad de derecho. Allí, según él, el consumo de drogas era lo más común en las reuniones que hacían del grupo escolar. Durante la entrevista, se mantuvo atento y cooperador:

— ¿Nachito, a qué edad tuvo su primer internamiento en un centro para adicciones?

—Creo que cuando tenía 32 años. No estoy seguro.

—En esa ocasión ¿usted lo decidió o alguien lo decidió por usted?

—No, yo todo el tiempo lo decidí.

— ¿Y qué lo motivó a tomar esa decisión?

---

ha portado mal o a los reincidentes, y deben llevarla a cabo hasta que otra persona llegue al internamiento y los sustituya.

—Lo que me llevó a tomar esta decisión fue que la vida hay que saberla vivir, no nomás es depender de una sustancia para tener aliento para vivir ¿no? Yo dije «vale más dejar este vicio que me está afectando económicamente y pues a la larga puede afectarme físicamente» (Nota de EEP: 26/08/2016).

—En su experiencia del primer internamiento ¿Qué esperaba encontrar?

— ¿Qué esperaba encontrar?...pues lo primordial parar de consumir... ya después es averiguar qué era lo que me orillaba a consumir la droga.

— ¿Cuánto tiempo duró?

—Duré como unos dos años.

Agregó que su primer internamiento había durado dos años, debido a que lo había hecho para alejarse del peligro de muerte que vivió en esos años con estudiantes de derecho.

— ¿Por qué de muerte?

—Es que en la escolaridad, pues con las mismas amistades que estaba pues se dio que estábamos estudiando y entonces empezó a involucrarse a muchachos compañeros míos, la ministerial [...] con el ministerio público (Nota de EEP: 26/08/2016).

— ¿Por la facultad en la que estudiaba?

—Sí, entonces no sé cómo se dio el caso, pero no sé, ni quiero juzgarlos por lo que habrá pasado, pero al parecer se había cometido algún delito. Entonces empezaron a matarlos a los muchachos, entonces...

— ¿Con los que usted se juntaba?

—Sí, entonces ya después de eso pues dije el que la debe la paga, dije yo, pero ya después siguió la cadenita matando a los demás compañeros que estaban en la facultad conmigo, entonces pues yo valoro mi vida, vale más poner tierra de por medio y por eso fue por lo que trunqué yo mi carrera y me interné.

— ¿Sintió el peligro?

—Sí sentí el peligro y vale más.

— ¿Después de eso, cuánto tiempo se mantuvo sin consumir?

—Estuve como unos doce o trece meses, más o menos que estuve limpio. Ya después volví a consumir en pequeñas cantidades y ya después fue aumentando, aumentando. Entonces ahí sí la dejé, porque fueron mis deseos y pues la decisión mía y después entonces, cómo le platicaré, tuve otra vez la sensación de volver a consumir, entonces dije yo, ya esto requiere que mejor me interne antes

de que... tengo un año limpio y volver atrás como que no (Nota de EEP: 26/08/2016).

— ¿En este internamiento cuánto tiempo tiene?

—Pues horita ya casi voy a cumplir los cuatro años.

— ¿Y qué significa en la vida personal estar cuatro años en un centro de internamiento?

—Pues para mí significa mucho, porque yo, cuando entré de nuevo aquí, como le digo, yo no estaba consumiendo drogas, sino que fue para como quien dice volver a retomar mi espiritualidad, mi comunicación con Dios pues, para dejar de consumir drogas (Nota de EEP: 26/08/2016).

En cambio, en el caso de Antonio-P23-CC, de 30 años, puesto que el grado problemático de su consumo es alto, su familia ha tenido que recurrir al internamiento de manera frecuente. Antonio reconoció que después de mantenerse años sin que su familia se diera cuenta de su adicción, dejó de tener control sobre el consumo cuando comenzó a consumir cristal. Para él, el encierro representa una soledad que tiene que enfrentar día a día sin vislumbrar la recuperación. Durante la entrevista, estuvo inquieto, ansioso y verborreico (Datos de ESM: 04/07/2016):

— ¿Cuántos internamientos ha tenido Antonio?

—Pues como unos veinte más o menos.

— ¿En diferentes centros?

—Sí, en diferentes. Aquí he estado más o menos como tres veces.

— ¿Cómo han sido esas experiencias de internamiento?

—Son duras, son muy duras.

— ¿Las más duras cómo las puedes describir?

—El sentirse solo uno, el saber que llegas verdad y esperas en dado tiempo a tu familia y saber que no vienen pues, esa agonía que siente uno aquí... que, que, que estás solo. Ya, ya se enfadaron, no sé pero creo que... no lo tomo por un castigo, simple y sencillamente es porque, porque hay problemas en el hogar pues como... como los cotidianos, como cualquier persona los tiene y creo que afortunadamente horita no es de esa manera porque, porque, porque, porque mi esposa me viene y me visita, me trae a mis hijos (Nota de EEP: 18/07/2016) [Baja la voz y agrega]: Deseo que venga también mamá y papá como en

aquellos años pues. Pero yo sé que... que es difícil. Es difícil porque no hay confianza; está perdida. No perdida, sino que simple y sencillamente quieren hechos, pues. O sea, ya, no es de palabras. Mi caso ya no es de palabras, y yo entiendo que papá o mamá tal vez estén resentidos, o tal vez no crean, pero creo que así debe de ser. No hay problema, yo vivo así el día. Este día lo vivo así pues, me levanto, le agradezco a Dios ¿verdad? Yo le dejo mi vida a Dios. Ya estoy enfadado de esto, pues estar viviendo con el mismo rollo y sí batallo ¿para qué le voy a decir que no? Sí batallo (Nota de EEP: 18/07/2016).

—En los tratos con otros centros ¿cómo le fue?

—No pues, yo, yo ingresé a los lugares cuando eran más duros.

— ¿Duros en qué sentido?

—Duros en cuestión de terapia ¿verdad? En cuestión de disciplina, en cuestión de comida estaba muy restringida; las visitas, no podías hacer muchas cosas.

— ¿Podría describirme un día cualquiera en los otros centros?

—Los domingos.

— ¿Cómo eran los domingos?

—Los domingos en día de visita, que esperanza que, si yo estoy platicando con mamá, o con papá, o con quien esté platicando. Obviamente había una persona que, que estuviera por un lado de ti para que esa persona no pasara el mensaje a la familia, porque uno sabe que los adictos somos muy, muy, muy astutos entonces que mejor experiencia puede tener un adicto, a que otro adicto te conozca (Nota de EEP: 18/07/2016).

Qué esperanza que levantarás a la familia, o qué esperanza que le dijeras a papá o mamá ¿sabes qué?, ya llévame ya me quiero ir mira esto, mira lo otro mira que aquí me pegan. Cosa que es mentira, entonces la comida está bien mala y es mentira es chantaje parte de la manipulación que tiene uno hacia la familia entonces yo también lo he experimentado, lo he hecho pues. Entonces, que le pueden decir a uno si ya pasó por ahí, y ya sabe lo que va a decir, o ya sabe su actitud con el simple hecho de ver a la mamá o al papá o la esposa la cara que tiene. Entonces uno sabe qué es lo que está haciendo la persona esa (Nota de EEP: 18/07/201).

### **6.3. Formar expectativas durante el internamiento**

La convivencia con los internos durante el trabajo de campo me permitió desarrollar un nivel de confianza óptimo. La confianza lograda hizo posible que me contaran parte de sus

anhelos, sus esperanzas y, a veces, sus enojos. Pude observar que cuando los internamientos son involuntarios, durante los primeros días los internos sienten mucho coraje contra la persona que los llevó al centro. En este respecto, Francisco-P03-CC, de 29 años, dijo lo siguiente:

Inicié con mariguana a los 18 años, cocaína y cristal a los 20 años. La primera vez que me internaron fue en Renacer<sup>15</sup>. Los siguientes dos y el actual en este centro. Aquí tengo dos meses. Fue en contra de mi voluntad. Un día, cuando menos me lo esperaba, mi mamá llamó a la voladora<sup>16</sup>. Le tengo coraje...resentimiento. Por momentos me siento bien, pero por momentos intolerante. Entiendo que, muchas veces, las madres hacen cosas que uno ve mal (Nota de ESM: 08/08/2016).

En general y por norma, los centros de internamiento para drogodependientes han establecido que la primera visita del familiar debe permitirse una vez cumplido el primer mes de encierro. Si el interno se ha portado mal, como muestra de rechazo al encierro involuntario, esta visita se suspende y se notifica a su familia. La conducta de rechazo puede adoptar la forma de reclamo verbal, por ejemplo, «¿por qué me tienen aquí sin mi consentimiento?», o de amenaza igualmente verbal como «los voy a demandar a derechos humanos». Además de discursivo, el rechazo también puede consistir en negarse a participar en las actividades de limpieza o del programa de sesiones implementadas como las de Doble A o el Libre Aliviane. Este tipo de comportamiento se da más en el primer internamiento. A veces, el interno solo espera que el tiempo pase o busca la manera de fugarse ganándose la confianza de los servidores. Una de las estrategias de seducción, por llamarlas de alguna manera, que aplican los internos renuentes consiste en simular que ya aprendieron los aspectos fundamentales del programa. Entonces los servidores les dan la oportunidad de salir a «hacer los mandados», cosa que aprovechan para escapar del centro.

Los sentimientos expresados por Francisco, y que experimentan muchos internos, al paso de los días, se transforman en resignación, entonces el interno comienza a reconocer que el encierro es necesario para mejorar su condición de salud. Su actitud cambia y asume que no podrá salir hasta que la familia lo saque porque confía en su cambio o porque percibe que

---

<sup>15</sup>Pseudónimo

<sup>16</sup>La voladora es el vehículo de transporte que usan los centros residenciales para llevar a las personas drogodependientes de su casa al centro, cuando se les ha llamado para ser internados. Suele ser desde una Benz hasta una camioneta de cuatro puertas. Algunas veces porta el logo del centro.

se ha recuperado de la adicción. En esta etapa también comienzan a configurarse sus expectativas, a partir de lo que les ha tocado vivir durante el consumo de drogas y de los internamientos, pero sobre todo de hacer consciente sus pérdidas. El primer objetivo que se proponen los drogodependientes es sobrevivir a los retos que impone el sistema de recompensa y castigo implementado por quien está al mando durante su internamiento. Cristian-P49-CC, de 22 años, dijo lo siguiente a propósito de la cancelación de la visita de sus padres por haberse portado mal:

— ¿Cristian, cuánto tiempo tienes aquí?

—Aquí cumplí tres meses ayer y he aprendido que si me porto bien me dan una responsabilidad y eso me cuenta para que mis papás sepan que voy mejorando, que le estoy echando ganas.

— ¿Cómo te sientes en estos tres meses?

—Pues, la verdad más diferente que cuando estaba joven. Hoy en día pienso en las cosas y me doy cuenta de que todo lo que pensaba días atrás estaba mal. Es más diferente lo que pienso hoy.

— ¿En estos tres meses te ha visitado tu familia?

—Sí han venido, pero el primer mes que vinieron me porté mal con ellos, o sea me entró el desespero de querer irme ya, les dije que me llevaran y que si no me llevaban ese día, el día que vinieron, que ya no vinieran, hasta que me fueran a llevar (Nota de EEP: 18/07/2016). Y pues ahora pienso en que estuvo mal. Por eso me estoy portando mejor, para que los encargados les digan cuando pidan informe de mí y me vengán a ver que ya me estoy portando bien y pues pedirles disculpa a los dos. También si me porto bien, me dan una responsabilidad, un servicio pues, y eso me cuenta como que de veras le estoy echando ganas y me dejan salir a hacer servicio a los centros comerciales.

— ¿Cómo qué servicios?

—Ir a Wal-Mart a acomodar el mandado, a limpiar y recoger basura y así... nos dan comida para el centro por eso.

— ¿Qué les dan de alimentos?

—Yogures, salchichas y eso (Nota de EEP: 18/07/2016).

El segundo objetivo es dejar de consumir drogas para recuperar parte de lo que han perdido y no volver a ser internados:

—Francisco ¿Cuántas veces ha estado internado?

—Internado, he estado 4 veces con esta. En este centro he estado 3 veces y en el centro Renacer he estado internado una vez.

— ¿Cómo fue tu vida en el primer centro? ¿Te ayudó en tu proceso de recuperación?

—Cuando llegué ahí, empecé a notar una fuerza positiva sobre todas, sobre las negativas. Empecé a aprender mucho ahí. Evolucioné en muchos de mis conocimientos pues me siento bien de haber estado ahí. Y mi primer internamiento aquí fue... ahí no había tenido problemas de los que me pasaron antes de llegar aquí por la adicción, problemas traumáticos ¿verdad?, de pánico, celotipia y todo lo relacionado (Nota de EEP: 22/07/2016).

— ¿Cuánto tiempo duraste sin consumir?

—Cuando estuve en el Renacer, la verdad no sabría decirle, pero no fue mucho tiempo, algunos quince días...un mes. En el segundo internamiento.

¿Cuánto tiempo duró sin consumir?

—Igual, ha sido de igual manera, o sea no tengo, no tengo, o sea que no he llevado una... cómo lo diré una dieta una, una agenda de mi consumo cuántos días consumo, cuántos días no (Nota de EEP: 22/07/2016).

Jesús-P39-CA, de 32 años, durante mucho tiempo consumidor de heroína y, actualmente, de cristal, ha pasado por otros centros, y nunca esperó ser interno del actual, que está frente a su casa. En el momento de la entrevista, cursaba sus primeros días. He aquí un fragmento de esta:

— ¿Con el poco tiempo que tiene de internado cree que este proceso que está llevando le va a ayudar a no consumir?

—Pues la verdad, al ser sincero yo digo que sí porque no quiero defraudar a mi familia, más que nada. No la quiero defraudar. Quiero salir adelante, saliendo ponerme a trabajar. Como ahorita estoy soltero, no sé...buscarme una plebe o de perdida con una que tenga un hijo o no sé, equis. Hacer vida. Esos son mis planes, mis pensamientos. No recaer más en esa droga que era el cristal porque está cabrón. Mis planes son saliendo de aquí, primeramente Dios, es cuestión de que estén contratando. Volver a meter solicitud ahí donde mismo y ponerme a trabajar otra vez, pero con seguro y todo porque yo tenía afore y tenía puntos para cotizar puntos para una casa, creo que ya ahorita a los tres meses le quitan los puntos. Pero mis planes son salir, trabajar y echarle ganas, asistir a las reuniones, venir para acá, como yo vivo aquí enfrente, venir a las juntas de siete a nueve (Nota de EEP: 03/08/2016).

En cambio, Heder, del centro A, confesó que tenía la esperanza de recuperar a su esposa o al menos de «quedar como buenos amigos», pero no fue posible. El día 22 de diciembre de 2016, realicé una nueva visita al centro para observar a quienes habían regresado, ya que durante la ausencia de tres meses, algunos internos habían salido, entre ellos Heder. Lo encontré de nuevo en la sala. Estaba totalmente demacrado. Parecía fuera de la realidad, desorientado, físicamente consumido, sucio, sin afeitarse y con mirada perdida. Ni siquiera notó mi presencia. Heder no logró su objetivo. Al estar de nuevo en la calle, lo sedujo la droga, aun cuando decía:

No pienso desaprovechar esta oportunidad porque yo sé que yendo a trabajar y volviendo para acá yo sé que me voy a estabilizar y voy a saber qué quiero y el día que yo salga a las calles, salir bien fortalecido... y ya pues rentarme una casa (EEP: 14/05/2016).

Recuerdo que con gran emoción decía:

Yo tengo Infonavit, yo tengo seguro, tengo todas esas cosas, yo he trabajado muy bien, yo soy chofer vendedor como lo he compartido aquí y yo sé que ya después voy a conseguir una chambita de esas y ya todo va a salir bien (EEP: 14/05/2016).

Pero todo quedó en nada y reincidió.

En sentido general, algunas de las expectativas que construyen los internos de los centros se enfocan en poder dejar el consumo de drogas para no defraudar a su familia que, al encerrarlos, les ha brindado la oportunidad de rehabilitarse; otras se orientan hacia la consecución de un trabajo o la recuperación de la pareja o encontrar otra. Sin embargo, al salir, de nuevo y en pocos días o algunos meses, vuelven al consumo. Este proceso, que tiende a repetirse con mucha frecuencia, confirma que el internamiento bajo el modelo residencial no profesional solo consigue la deshabitación temporal, solo cumple una función de contención provisional para el sujeto con consumo problemático de drogas ilegales.

Lo antes referido toma un carácter de recuperación provisional. Esto se debe a que la realidad «interna» del centro es radicalmente diferente a la realidad «exterior». Adentro las cosas pueden ser diferentes, pero afuera el contexto sociocultural que dio origen al consumo de drogas continúa siendo el mismo. En este sentido, cuando el interno regresa a

ese mundo, todo aquello que lo había llevado al internamiento se reactiva. La memoria del sabor de las drogas se reaviva, el sentido hedonista se despierta y el interno retoma el consumo. Al principio, cree que es un consumo controlado, pero más temprano que tarde pierde el control y requiere de nuevo el internamiento.

#### **6.4. El encierro en los centros de rehabilitación no profesionales y las prácticas de intervención**

El encierro es el aspecto clave del tratamiento de rehabilitación en el modelo residencial de tratamiento no profesional para las adicciones. Los centros que lo implementan se caracterizan por tener ventanas y puertas metálicas con doble o triple candado. La vigilancia es puesta en práctica por los mismos compañeros. Ellos siguen la lógica del sistema panóptico descrita por Foucault (2009). En este sentido, mediante la mirada constante que abarca todos los momentos y lugares garantizan el control de los internos. El encierro y la vigilancia intentan encauzar el comportamiento del sujeto drogodependiente para que abandone el consumo de drogas.

Es así como la vida cotidiana de los internos transcurre entre compartir sus experiencias (buenas y malas), de lo que ha sido su adicción a las drogas a través de la terapia principal denominada «Juntas de Doble A» o de «Libre Aliviane». En estos encuentros los internos «se desahogan». En sus discursos, reiteran que tienen la esperanza de no volver a consumir drogas a su egreso, de recuperar lo que perdieron por la drogodependencia que padecen y devolver al centro solo de visita.

La principal expectativa de los consumidores de cristal es recuperar peso, lo cual para ellos significa recuperar salud. La idea de tener una complexión fuerte, que demostrara cierta vitalidad y que pudieran presumir al ser visitados por su familia en el primer, segundo o tercer mes de estancia, los llenaba de esperanza y era un tema recurrente durante las entrevistas.

Con frecuencia evitaron hablar sobre el centro de internamiento en el que se encontraban. En general, se limitaron a decir que era mejor que los anteriores. Muy pocos internos expresaron lo contrario. Uno de ellos fue Sergio-P40-CC, de 30 años, quien afirmó: «este es mi segundo internamiento, hace tres meses. Fui traído bajo efecto de drogas por cristal de forma involuntaria» (ESM: 27/06/2016). He aquí un fragmento de su entrevista donde habla sobre el significado su internamiento actual:

—Pues la verdad yo me siento bien enfadado.

— ¿Por qué?

—De las rutinas, de la comida, de las reuniones todos los días, la misma rutina, y para mí yo así pienso, pero no sé si piense mal, para mí esto no es una rehabilitación, para mí esto es como un castigo, es como un castigo de todos los días la misma rutina, las mismas palabras en las reuniones, de hablar de groserías, de hablar de la misma cosa, de subir a la tribuna y hablar de las mismas cosas, de hablar de groserías de sexo de todo eso (Nota de EEP: 31/07/2016). Para mí, eso no es rehabilitación, eso para mí es un enfado de estar escuchando todos los días lo mismo de que te gritan, y si tú no quieres por tu propia voluntad te hacen a fuerza, entonces yo no lo digo por mí, lo digo por otros compañeros que a veces les pasa. Pero yo ya voy para cuatro meses en este encierro y me siento bien enfadadísimo.

— ¿Cuánto tiempo le falta para salir Sergio?

—Pues mira, a mí me dijeron, me visitaron el domingo antepasado, me dijeron que me iban a dejar otro mes, que me iban a dejar cinco meses, eso me dijeron. Para mí se me hace muchísimo, porque yo la verdad no necesito de esto, yo no necesito de un centro de rehabilitación (Nota de EEP: 31/07/2016).

— ¿En qué consiste la rutina en este centro? platíqueme un día común.

—Pues mire la rutina es que te levantan a las seis treinta de la mañana a barrer los patios, las reuniones, a pelar chiles porque ahí tienen como un servicio de chiles.

— ¿Qué es eso de chiles?

—Tienen como chiles serranos tostados y los abre uno y les quita la semilla y todo eso. Es un servicio. Entonces eso usted da un servicio toda la semana nada más, el domingo no (Nota de EEP: 31/07/2016).

— ¿Cuántos participan en esa actividad?

—A veces están siete, ocho o seis, pero lo que más enfada son las reuniones que se habla de lo mismo todos los días.

— ¿A usted ya le tocó participar en esas juntas?

—Sí.

— ¿Cuál fue la experiencia que compartió usted ahí?

—Pues de cómo te sientes en este lugar, de que si de verdad te consideras drogadicto o si le has faltado al respeto a tus padres, si te han violado, ese tipo de cosas y eso es de todos los días y a veces que te cansas, te cansas de la cabeza de estar escuchando todos los días lo mismo (Nota de EEP: 31/07/2016).

— ¿En esas reuniones participa algún psicólogo?

—No, el grupo nada más, los chavalos del grupo.

— ¿Algún médico?

—No, nada, nunca ha venido ningún médico ni nada, vienen, pero los de una religión. Se me hace que son cristianos, son los que vienen pues y nos hacen una reunión en aquel lado. Nos hablan de la palabra de Dios y es todo y se van. Duran media hora y se van y es todo lo que hacen (EEP: 31/07/2016).

Como puede apreciarse en el discurso de los internos, es evidente la falta de participación de personal profesional en las prácticas asumidas como terapias de intervención para el tratamiento de las adicciones.

Otro ejemplo de cómo se lleva a cabo el tratamiento de las adicciones en los centros no profesionales, lo podemos apreciar en el discurso de Óscar, de 17 años interno en el centro C:

— ¿Cómo trabaja en este centro para su recuperación?

—Aquí no... aquí no te golpean, no te dicen nada. Al contrario, si te estás portando mal, te dicen con buenas palabras que andas mal y que te debes portar bien pues y aquí no amarran ni te dicen nada pues, nomás lo que es normal pues, las juntas normales, me siento mejor ahora (Nota de EEP: 24/08/2016).

Al preguntar sobre el funcionamiento de los centros anteriores por los que han pasado, los internos se exhibieron y describieron con cierto detalle el funcionamiento de estas instituciones en el estado de Sinaloa. Según los internos, los centros se utilizan como sitios de resguardo para gente violenta, tal como lo manifestó Iván P32-CA. Durante su tercer internamiento, hace ya cinco años, refiriéndose al dueño del centro, dijo: «el bato escondía pistoleros, y tenía gatilleros y los sacaba en la noche a matar gente y regresaban y se metían, y todas esas cosas y no me agradó» (Nota de EEP: 06/08/20).

En sus relatos, los internos también describen cómo opera el sistema de vigilancia. Los internos con más tiempo de estancia supervisan a los nuevos, tal como afirmó Luis P29-CA, de 42 años. Según Luis, los internos vigilantes deben observar el comportamiento del interno que se le asigna y escuchar lo que platican con la familia durante la visita:

Cuando vienen visitas, uno tiene que ir... una persona a acompañarlo para ver qué dicen,...para ver si dicen llévenme o no, algo que llaman Ñañarear<sup>17</sup>. Allí está sobrepoblado, hay mucha gente. Son más de cien. En el momento de las juntas pues no alcanza a dar la vuelta para abordar tribuna o participar todos, y por eso es por lo que no se capta bien el programa (Nota de ESM: 03/08/2016).

Sobre los centros de internamientos previos, los internos también mencionaron las malas experiencias presenciadas y los diferentes castigos infligidos para doblegar el comportamiento. Alejandro P26-CA, de 26 años, habló sobre su experiencia al ingresar al centro anterior:

Cuando vas llegando te ponen con los locos, [...] entonces en la noche yo ni podía dormir, porque los agarraban a tablazos, de que hablaban solos, y les decían ¡cállense!, y no se callaban, y a tablazos los callaban y yo ni dormía. ¡No me vayan a agarrar a tablazos a mí!, decía... En ese centro estuve como veinte días. Como a los diez, le di veinte pesos a un guardia. Con esos veinte pesos ya no entré a ninguna junta y me la pasaba sentado (Nota de EEP: 03/08/2016).

Misael P37-CA, de 17 años, habló de su experiencia negativa en el centro anterior:

— ¿A qué se refiere con muy mal?

—Golpeaban a la gente.

---

<sup>17</sup>Ñañarear es una palabra utilizada en los centros de rehabilitación para referirse a quien informa a su familia de cómo es tratado en el centro, sobre todo cuando se queja del maltrato.

— ¿A usted le tocó mirar que golpeaban a la gente? ¿A usted nunca lo golpearon?

—A mí no.

— ¿Por qué golpeaban a la gente?

—Pues porque se fugaban y recaían, [...] por intento de fuga. A uno que vi le pegaron una machín... y lo esposaron y le pegaron en la cabeza, treinta minutos pegándole sin descanso (Nota de ESM: 14/05/2016).

En los centros A y C observé que las prácticas de intervención son muy similares. Sin embargo, basándome en lo dicho por algunos internos que tuvieron sus primeras experiencias de encierro en otros estados de la República Mexicana, es evidente que el sistema de intervención en Sinaloa es muy parecido al sistema del resto del país. Por ejemplo, Luis-P03-CB, de 32 años, estuvo internado en Guadalajara:

La primera ocasión fue en una clínica, como ya comenté, en la ciudad de Guadalajara. Ahí el baño todos era masculinos, solo hombres, todos formados desnudos uno detrás del otro, si acaso, un minuto teníamos para la regadera. Una persona de los que estaban ahí, de los guardias, por así llamarle, y para afuera si no te terminabas de bañar, si no te terminabas de enjuagar, ni modo. Vas pa' fuera y si reclamabas o algo, golpes, gritos. Yo recuerdo para ir al sanitario para ir al baño (Nota de EEP: 04/08/2016). En ese centro nunca había nada sin que alguien no te estuviera vigilando. Era con las puertas abiertas, una persona viéndote y te daban seis cuadritos solamente de papel; si alcanzaste bien, si no pues no. Muchos tipos de esas cosas. Unos castigos... que obviamente el ser humano nos podemos adaptar a todo, y eso no significa que esté bien, porque hay muchas cosas que son denigrantes (Nota de EEP: 04/08/2016).

Jesús P23-CB, de 22 años, dijo que en los dos centros anteriores, ubicados en Culiacán, le aplicaron el amarrado de alacrancito. He aquí un fragmento de su entrevista:

— ¿Por qué?

—Porque no hallaba la puerta, me castigaron ahí.

— ¿Qué tipo de castigo?

—Pues una vez me amarraron de los pies y de las manos.

— ¿Por qué? ¿Qué habías hecho?

—Porque había peleado con otro interno y me amarraron en una bodega y ahí me tenían, y eran unos dolores insoportables de las manos y de los pies, y no aguantaba

— ¿Cuánto tiempo permaneciste así?

—Permanecí así, pues todo el día.

— ¿Amarrado te daban desayuno, comida y cena?

—Sí.

— ¿Te desamarraban para que comieras?

—Me sentaban en un banquito y me amarraban y cuando comía me desamarran una mano y comía con una mano y bien feo, con clavos al revés.

— ¿Cómo con clavos?

—El banquito en el que estaba sentado con clavos, volteados por abajo pues, para que doliera. Una experiencia más fue de otro centro en Los Mochis, una en la que estuve.

— ¿En cuál?

—Amigos por siempre.

— ¿Cómo fue eso?

— ¡Fue horrible! ¡Horrible! Ahí están como cien internos en dos cuartitos chiquitos (Nota de EEP: 24/06/2016).

Jesús P25-CB, de 22 años, llama a los castigos «aplicaciones» y le tocó recibir algunas:

—Ahí, desde que llegué, yo dormía parado.

—Las aplicaciones que tú recibiste en ese centro ¿Qué fueron?

—Fueron hincadas en las parrillas [...] La parrilla es como un asador que están las parrillas, así [con sus manos dibuja en el aire un cuadro en el aire para ejemplificar la parrilla que suele utilizarse para asar carne] hincados ahí, en fierro, una hora, o todo el día y se te marcaban ahí [Señala sus rodillas] y en el solazo.

—Esa es una aplicación ¿y la otra?

—La otra es de que estar parado como soldado con las manos pa'riba (Nota de EEP: 19/07/2016).

Con lo dicho hasta aquí, queda en evidencia, en ocasiones de una manera muy vívida, la forma de operar del modelo residencial no profesional, tal como la construye cada persona drogodependiente en sus relatos experienciales. Los relatos fueron más descriptivos cuando los entrevistados eran exmoradores, como Alberto, a quien conocí en el centro A, a solo unos días de haber ingresado al segundo centro para cursar su tercer internamiento. Platiqué con él durante una valoración médica. Allí me contó que en el primer centro donde estuvo golpeaban a los internos. Incluso, confesó que él había sido golpeado. Al preguntarle el motivo, respondió:

[...] porque un güerito me pegó un chingaso a mí y yo se lo regresé. Se dejaron venir todos los de la sala, como unos quince, y ahí estaban todos los guardias pegándome y me quisieron aventar al piso y yo no me dejaba. Pasé toda la noche amarrado de las manos y de los pies (Nota de EEP: 11/09/2016).

En ese momento, también habló de los golpes que le dieron a uno de sus compañeros en el mismo centro, quien, según él, convulsionó debido a los golpes recibidos:

Después de la golpiza que le dieron como a las dos de la mañana, a las cuatro empezó a convulsionar y a la una de la tarde el amigo se hizo popó arriba de la ropa. Al amigo le empezó a salir una espuma verde por la boca y la nariz.

Añadió que fue llevado al Hospital Civil de Culiacán, donde se requirió de intubación oro traqueal, pero no supo cuál fue el desenlace. Sobre quiénes lo golpearon dijo: «los mismos guardias que estaban en ese momento» (Nota de EEP: 11/09/2016).

En efecto, tal como ya había dicho, los internos no hablan de la realidad que viven en el centro donde se encuentran al momento de ser entrevistados, pero sí cuando están en condición de ex moradores, como pude corroborarlo con la entrevista realizada a Alberto P01-CA. Le comenté que durante las entrevistas realizadas percibí que los internos no hablan de los castigos del centro donde están internados, en cambio sí de los anteriores internamientos, entonces me interrumpió y dijo:

Ya mero lo van a hacer, si lo hacen es una chinga que les dan, se les pega con tablas en las nalgas por comentar eso y se les amarra como alacrancito. Ahí se les deja por horas o días. Yo mismo no le dije nada, cuando me entrevisté allá, claro, iba llegando, y no me había tocado ver más que el castigo de pararte en la esquina como al «chueco» que lo pararon todo un día (Nota de EEP: 15/04/2017).

Después de decir esto, le pedí autorización para grabar la entrevista. Accedió e inicié con estas preguntas: ¿Qué valoras del modelo de internamiento que has vivido, tras la experiencia en dos centros? ¿Cómo percibes este modelo de tratamiento?:

Pues es un modelo muy agresivo hacia uno mismo pues... no se respetan las garantías. No se respetan los derechos, prácticamente. Se usa como un tipo de burla. Cuando llega alguien, pues es normal reírse de él, ofenderlo pues. Entonces eso es lo que es el problema. Pues, no hay nadie profesional que digas tú, tienen conciencia, tiene tacto para tratarnos. Como somos puros adictos que estamos ayudando a otros adictos, pues la mayoría de las veces hay problemas en eso. En que no sé... en que hay algunos que no saben ni leer y están a cargo y simplemente te ofenden, te insultan, te golpean, te maltratan, te frustran, te están hostigando diario, diario, diario, diario (Nota de EEP: 15/04/ 2017).

Alberto agregó que en el centro de su primer internamiento, aunque hubiera buen comportamiento de algunos internos, algunas veces eran maltratados:

En lo que estuve yo ahí, había una persona que se portaba bien, pero le caía mal a otro encargado, a un encargado y el encargado lo traía en salsa todo el día. Todo el día lo hacía que hiciera esto, lo otro y que si él estaba agusto lo movía para que no estuviera agusto o de que si él estaba hablando con alguien y le estaban dando algo, algunas sabritas o algo, se las quitaba para que no le diera nada. O sea estaba muy mal. Yo no creo que deba de existir eso de que un adicto esté encargado de otro adicto, debe haber profesionales (Nota de EEP: 15/04/ 2017).

En el mismo orden de ideas, Mario P01-CB, de 29 años, basado en la experiencia que tuvo en el centro de internamiento anterior, afirmó que un centro de ayuda mutua donde solo atienden ex drogodependientes corresponde a un anexo:

Un anexo, es una...manera de vivir en la que... nunca me gustó a mí, desde que llegué porque, desde que llegué yo fui obligado a hacer algo que yo no estaba de acuerdo pues...no...no fue de mi agrado, pues entonces... el anexo para mí es algo que violenta más mi persona, porque no es conforme mi voluntad (Nota de EEP: 08/09/2016).

Tal como expresaron los internos, el regreso al internamiento se debe a la recaída en el consumo de las drogas. No siempre regresan al mismo centro, pero sí regresan al encierro. Se trata de lo que se ha denominado *reincidencia institucional*, si partimos de considerar el *modelo residencial* como una institución total. La «reincidencia», en los términos planteados por la UNODC, como indicador clave del desempeño de los programas e

iniciativas de reintegración social para sujetos delincuentes bajo procesos penitenciarios, puede considerarse un parámetro para evaluar la función de la política pública de salud, y, en particular, para evaluar el modelo residencial que implementan las instituciones que tratan el consumo problemático de las adicciones. El término reincidencia, revisado en el marco de programas de sistemas penitenciarios, fue analizado por Foucault (2014). Según este autor, la prisión representa «la región más sombría del aparato judicial». Asimismo, agrega:

Es el lugar donde el poder de castigar, que ya no se atreve a actuar a rostro descubierto, organiza silenciosamente un campo de objetividad donde el castigo podrá funcionar en pleno día como terapéutica, y la sentencia inscribirse entre los discursos del saber (p.296).

En el caso de esta investigación, el tratamiento residencial de las adicciones desde el modelo no profesional de ayuda mutua basado en el encierro es la expresión de una política pública que no se atreve a dar la cara ante cada una de las personas que padecen drogodependencia. Siguiendo la lógica foucaultiana, este modelo residencial es una expresión de la estructura más sombría del aparato institucional de salud en materia de política pública de adicciones. Este aparato permite que impere el discurso y la lógica empírica de los ex drogodependientes, lo que pudiera entenderse como una especie de terapia tautológica. Foucault estudió la reincidencia en el sistema penitenciario, y consideró que esta era producto de la violencia que la sociedad ejerce sobre la persona; violencia directa, estructural, cultural y simbólica, que se distribuye a través de las propias instituciones del sistema penitenciario. Los centros de rehabilitación no profesionales son epígonos de ese mismo sistema. Así como la cárcel no logra corregir al delincuente, los centros no logran la transformación de la conducta desviada del individuo drogodependiente. Dicho de un modo más directo, los centros no logran cambiar para bien el consumo de drogas de las personas drogodependiente, no logran rehabilitar, ni reinsertar al sujeto drogodependiente como personas sana y productiva a la familia y a la sociedad.

## **6.5. Consideraciones finales**

La aproximación etnográfica que realicé en los centros de internamiento permitió identificar algunos de los rasgos fundamentales del consumo problemático de drogas ilegales que impera en Sinaloa. Algunos de esos rasgos implican al individuo y otros son de

alcance sociocultural. En este sentido, se encontró una población que inició el consumo de drogas ilegales a una edad temprana, por razones diversas, afectando con ello, las responsabilidades y dinámicas escolares, laborales, familiares, entre otras. Dos de esas razones destacaron por sobre las demás. La primera fue la búsqueda de placer y, la segunda, fue la necesidad de aislarse del entorno familiar agresivo o disfuncional, es decir, entornos relacionados con el abandono o maltrato familiar. Otras razones que también pueden mencionarse son los tiempos prolongados de ocio, la convivencia cotidiana con personas que usan drogas, la curiosidad de probarse a sí mismo y la minimización de los efectos secundarios de las sustancias, en otras palabras por la baja percepción del riesgo que se tiene sobre el consumo de drogas.

La coincidencia en el tipo de consumo de las sustancias ilegales, por su frecuencia y fácil acceso, fueron el cannabis, el cristal, la cocaína y la heroína. En esta investigación, según lo dicho por los entrevistados, la droga de impacto que ocasionó más deterioro y condujo al encierro del drogodependiente fue el cristal. En menor escala de impacto, se identificó la cocaína, luego la heroína y, con menor impacto, el cannabis. Esta última fue la sustancia de primer contacto dentro del espectro de las drogas ilegales. Dicho de otra manera, el cannabis se ratifica como sustancia de mayor consumo, y es la puerta de entrada al mundo del consumo de drogas ilegales.

El encierro bajo un modelo residencial de atención no profesional propicia en los internos el desarrollo de lo que Bauman (2005) denomina una “conciencia líquida”. Las personas que viven el encierro y desean e intentan evadir el consumo, no logran romper el ciclo de la drogodependencia, una y otra vez vuelven a lo mismo. Cuando están confinados desean la libertad y cuando son «libres» retoman el consumo que los lleva de nuevo al internamiento. En este sentido, no es arriesgado concluir que los logros positivos o, mejor dicho, constructivos alcanzados durante el encierro no se consolidan, por lo que no son duraderos y menos aún permanentes. En consecuencia, el carácter provisional, superficial o *líquido* de los cambios experimentados durante el internamiento, hace posible que la persona no logre resistir a la tentación del consumo al estar en libertad. Así, en este trabajo se pone en evidencia la necesidad de implementar programas de atención integral que trate a los

internos comprendiendo las esferas bio-psico-sociales con el fin de disminuir las experiencias de recaídas al consumo y de reincidencia a los centros de rehabilitación.

En el discurso de los internos es evidente el sentido de facticidad estructural de la vida cotidiana descrito por Berger y Luckmann (2003). Sus relatos muestran cómo el encierro convierte la temporalidad en un hecho concreto a través de la repetición diaria de rutinas inexorables. En los centros, el tiempo no es una abstracción ni una medida, sino la concatenación de ritos cotidianos específicos y, sobre todo, reiterados. El carácter fáctico de la temporalidad marca la manera como el interno se percibe a sí mismo y así corresponden las actitudes que asume. Esta facticidad está en la base de su sumisión, su actitud solo tiene sentido para aceptar todo sin oponerse a las normas establecidas ante la imposibilidad de escapar, en la espera de salir al cumplir el tiempo pactado entre el familiar y los administradores del centro. En cierto modo, esta aceptación acrítica refleja una especie de resistencia muda que le permite al interno sobrellevar la espera para salir del centro y volver al consumo.

El modelo residencial no profesional es una terapia especiosa que, en lugar de cambiar, conserva, refuerza y castiga la condición de sujeto drogodependiente. El encierro sin consentimiento, la violencia física directa o vicaria, la violencia sexual, el maltrato psicológico, el hacinamiento, la alimentación deficiente y el condicionamiento para la sobrevivencia favorecen la consolidación del síndrome del sujeto vulnerado y la adopción de una personalidad victimizada, que suele conducir a los internos a generar sentimientos de odio o venganza hacia la familia.

Para los internos, las prácticas de intervención del modelo residencial no profesional, cotidianas y similares en las diferentes unidades de internamiento, son agresivas y solo favorecen el estigma social de conmiseración (Goffman, 2001) que los internos ya padecen. Por otro lado, los centros no son más que una estrategia puntual de contención, un paliativo que se aplica de manera remedial para que la persona deje de consumir provisionalmente. El modelo que se implementa en los centros de internamiento no modifica la condición psicológica, actitudinal y emocional que subyace al consumo de drogas. De allí que el interno, una vez que abandona el centro, consume de nuevo, recae, y en consecuencia,

también regresa al internamiento. Este proceso de “reincidencia institucional del sujeto drogodependiente” es frecuente en los centros estudiados.

El modelo residencial no profesional de atención a las adicciones se caracteriza por aislar al individuo y ofrecer la asistencia basándose en un sistema panóptico (Foucault, 2009). En este sentido, todo lo vigila y el interno siempre debe «sentirse vigilado». Esta vigilancia constante e integral promueve la instauración de un comportamiento automático de sujeto rehabilitado.

Como he dicho antes, este modelo se ha consolidado como recurso de uso frecuente en la comunidad sinaloense, debido al alto número de consumidores de drogas y las escasas o nulas opciones profesionales. El problema es que su generalidad es inversamente proporcional a su eficiencia. Durante el encierro, los internos generan expectativas de recuperarse de la drogodependencia que padecen, pero no logran satisfacerlas, en parte por su propia condición personal, pero también porque el centro mismo no favorece la recuperación. Mientras su finalidad formal es que el interno deje de consumir drogas ilegales, lo que en realidad logra es incorporarlo al bucle de la reincidencia institucional.

Para la mejora del funcionamiento de los centros, el tratamiento debería apearse a prácticas profesionales, a principios éticos y a estrategias multidisciplinarias que integren a médicos, psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales para contribuir en la rehabilitación integral de los internos. También es necesario integrar y ampliar la red de apoyo familiar del interno. Es decir, la participación de la familia no es exclusivamente dar un aporte económico para sostener el centro, sino visitar, apoyar, acompañar y construir condiciones óptimas para el interno durante el proceso de rehabilitación. Esta necesidad de mejorar las estrategias de intervención tendrían que desplazar la posición de un Estado punitivo que coloca al consumidor de drogas como enfermo, culpable y merecedor de su situación. Los relatos de los internos confirman lo que la literatura revisada sostiene, a saber, que el consumo de drogas ilegales en grado problemático es una enfermedad crónica recidivante, es decir, es una enfermedad de recaídas frecuentes que produce y reproduce relaciones codependientes muy destructivas en el contexto socio familiar. Los sujetos drogodependientes padecen los agudos síntomas de la abstinencia por periodos prolongados, con el consecuente daño progresivo de su salud mental. Uno de los rasgos

distintivos de este deterioro psicológico es la intolerancia a las condiciones adversas de la vida cotidiana y la realización de prácticas de riesgo en perjuicio de su salud.

En México, los usuarios de drogas están marcados por la permisibilidad, el prohibicionismo y el castigo. Esta triada que caracteriza a la política en adicciones hace inviable el modelo residencial no profesional. En este sentido, lo permitido por acción u omisión ilegal y los alcances dadivosos del mercado del narcotráfico conforman los entornos de violencia donde los consumidores de nuevas drogas se encuentran inmersos. Digamos que estas sustancias son cada vez más accesibles, más diversas y más agresivas con el organismo y generan mayor adicción. En este entorno, los drogodependientes pierden con mucha facilidad la libertad de decidir renunciar al consumo de drogas. Además, la política prohibicionista estigmatiza a los consumidores de drogas. Se les considera agresivos, ilegales y peligrosos. No es difícil comprender, entonces, que a unas personas que son construidas así, el sistema les ofrezca rehabilitaciones basadas en la administración de castigos. Uno de esos castigos es el que he estudiado aquí, el encierro pretendidamente terapéutico con fuertes matices carcelarios que considera que infligir daño corporal y psicológico es la vía óptima para enderezar el comportamiento de los drogodependientes, asumiendo la enfermedad, solo como defecto de carácter de la persona.

En este punto considero necesario hacer referencia a la política pública de salud, pues a esta le corresponde la disminución de aquellos factores que ponen en riesgo la salud y la seguridad pública. El modelo de intervención que he estudiado es, por decir lo menos, insuficiente, ineficiente y riesgoso, pues es evidente que no logra disminuir el consumo de drogas ilegales. Una de las razones de esta ineficiencia es que aplica el mismo tratamiento al consumo de todas las sustancias y a todos los internos por igual, sin considerar que cada una de estas sustancias y cada persona requieren una atención definida por los efectos diferenciales, las comorbilidades personales y las particularidades del entorno sociocultural. La política de salud pública no ha prestado atención a nada de esto, y tanto los centros como sus usuarios están atrapados en un círculo vicioso donde el riesgo no se supera.

## Referencias

- Álvarez, N. E. (2010). ¿Se debe criminalizar el consumo de drogas ilegales? *Cuicuilco*, 17(49)31-42. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/351/35117055003.pdf>
- Alza, A. (2017). Drogas y políticas públicas ¿legalización o prohibición? *Universidad de la Sabana*. Recuperado de <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10810/30213/F.%20DROGA%20Y%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf>
- Amaro, M.D., Campa, T.J. Cantú-Martínez, P.C. y Gómez, M.C. (2016). Patrones de consumo de drogas ilícitas de los pacientes que ingresan a una sala de urgencias. *Enfermería Actual de Costa Rica*, (30). DOI: <http://dx.doi.org/10.15517/refenf.v0i30.22340>
- Angrosino, M. (2012). *Consideraciones éticas, en etnografía y observación participante en investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Apud, I. y Romaní, O. (2016). La encrucijada de la adicción. Distintos modelos en el estudio de la drogodependencia. *Salud y drogas*, 16(2) 115-125. Recuperado de [www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/839/83946520005.pdf)
- Arena, C. A. (2014). Determinantes sociales de la salud y el uso de drogas psicoactivas. *SMAD, Revista Electrónica Saúde Mental Álcool Drog/Editorial*, 10(3). DOI: 10.11606/issn.1886-6976.v10i3p.110
- Aza, A. (2017). *Drogas y políticas públicas: ¿legalización o prohibición?* Chía. Universidad de La Sabana. Recuperado de: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/30213/F.%20DROGA%20Y%20POLITICAS%20PUBLICAS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Bauman, Z. (2013). *Vida de consumo*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Berger, L. y Luckman, T. (1999). *La construcción social de la realidad*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Bianchi, E. y Lorenzo, N. G. (2013). «La recuperación es para obedientes» Algunas articulaciones y ajustes metodológicos para el análisis de un tratamiento de adicción a las drogas. *RELMECS*, 3(1) 1-36. Recuperado de <http://www.relmecs.fhce.unlp.edu.ar/>
- Blázquez-Morales, M.S., Pavón-León P. y Gogeochea-Trejo, M.C. (2015). Calidad de la atención desde la perspectiva del usuario en una comunidad terapéutica en Veracruz, México. *Revista Investig. Salud Univ. Boyacá*, 2(2) 177-194. DOI: <http://dl.doi.org/10.24267/23897325.13>.
- Blázquez-Morales, M.S., Pavón-León P. y Gogeochea-Trejo, M.C. (2015). Calidad de la atención desde la perspectiva del usuario en una comunidad terapéutica en Veracruz, México. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 2(2) 177-194. DOI: <http://dl.doi.org/10.24267/23897325.13>.
- Bourdieu, P. (1991). *El sentido práctico*. Madrid: Taurus.
- Bourdieu, P. (2011). *Capital cultural, escuela y espacio social*. México: Siglo XXI.
- Bovino, B. M. (2016). Aspectos socioculturales del narcotráfico: ayer Medellín, hoy Rosario. *Revista de Investigaciones*, 8(2) 46-53. Recuperado de: [file:///C:/Users/Pc/Downloads/94-350-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Pc/Downloads/94-350-1-PB%20(1).pdf)
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(sup. 1)13-27. Recuperado de <http://fisiopatologiaydiagnosticomedico.com/wp-content/uploads/2016/10/v31s1a02.pdf>
- Burgois, P. (2010). *En busca del respeto: vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Burgos, C. J. (2012). *Mediación musical: Aproximación etnográfica al narcocorrido*. (Tesis doctoral publicada) Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

- Capdevielle, J. (2011). El concepto de habitus: «con Bourdieu y contra Bourdieu». *Anduli, Revista Andaluza de Ciencias Sociales*, 10, 31-45.
- Castro, M. A. y Castro, L. A. (2001). Cuestiones de metodología cualitativa. *Empiria. Revista de Metodología de Ciencias Sociales* (4). DOI: <http://dx.doi.org/1.0.5944/empiria.4.2001.883>
- Centro de Integración Juvenil, A. C. (2017). Epidemiología de las drogas; primer semestre 2016. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/pdf/Sinaloa.pdf>
- Centro de Integración Juvenil, A. C. Sinaloa [CIJ] (2015). *Carpetas informativas de la epidemiología del consumo de drogas*. Recuperado de <http://www.cij.gob.mx/patronatosCIJ/PDF/Sinaloa.pdf>
- Centros de Integración Juvenil, A.C. (2013). Directorio de CIJ en la República mexicana por estado. Departamento de Sistemas (última modificación: 24 de mayo de 2017). Recuperado de: [www.cij.gob.mx/Redatención/redatenciónl.html](http://www.cij.gob.mx/Redatención/redatenciónl.html)
- Comas. D. (2006). *Comunidades terapéuticas en España. Situación actual y propuesta funcional*. Madrid: Grupo Gid. Recuperado de [www.fundacióncsz.org/ArchivosPublicaciones/204.pdf](http://www.fundacióncsz.org/ArchivosPublicaciones/204.pdf)
- Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí (2011). Informe especial sobre centros de tratamiento de adicciones en modalidad residencial. Recuperado de [www.cedhslp.orgmx/informes/info11/B%20INF%20ESP/B.2.2.2%20DQ%20INFO%20RME%20ESPECILA%20SOBRE....pdf](http://www.cedhslp.orgmx/informes/info11/B%20INF%20ESP/B.2.2.2%20DQ%20INFO%20RME%20ESPECILA%20SOBRE....pdf)
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas [CICAD], Secretaría de Seguridad Multidimensional, Organización de los Estados Americanos [OEA]. (2015). *Informe sobre uso de drogas en las Américas 2015*. Recuperado de [www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsoDrogasAmericas\\_SPA\\_web.pdf](http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/UsoDrogasAmericas_SPA_web.pdf)
- Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Secretaría de Seguridad Multidimensional Organización de los Estados Americanos [CICAD/SAM/OEA],

- (2015). *Informe sobre el uso de drogas en las Américas, 2015*. Recuperado de <http://www.cicad.pas.org/apps/Documents.aspx?Id=3209>
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social [CONEVAL] (2012). *Informe de pobreza en México, 2012*. Recuperado de [www.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%](http://www.coneval.gob.mx/Informes/Pobreza/Informe%20de%20Pobreza%20en%20)
- Consejo Nacional de Evaluación de la Política pública de Desarrollo Social [CONEVAL], Dirección de Información y Comunicación Social: Comunicado de prensa número 005 (2015). *Coneval informa de los resultados de la medición de pobreza 2014*. Recuperado de [www.coneval.ob.mx/Salaprensa/Documents/Comunicado005\\_Medicion\\_pobreza\\_2014.pdf](http://www.coneval.ob.mx/Salaprensa/Documents/Comunicado005_Medicion_pobreza_2014.pdf)
- Consejo Sinaloense Contra las Adicciones [COSICA] (2012). Directorio de Centros de Tratamiento y Rehabilitación de las Adicciones. *Secretaría de Salud*. México.
- Corbetta, P. (2007). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill
- Corvera, L. J. y Lara, J. J. (2012). *Narcotráfico e identidad juvenil*. Universidad Autónoma de Sinaloa/Ediciones Lirio.
- Covarrubias, E., Preciado, S. A. y Arias, M. P. (2009). Fármaco dependientes institucionalizados. *Sin Fronteras*, 1(1) 67-77. Recuperado de <http://www.ucol.mx/resifro/pdf/SF1007.pdf>
- Daniel, J. y Zepeda, R. (2015). La guerra contra el narcotráfico en México: una guerra perdida. *Reflexiones*, 94(1) 153. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72941346011>
- De San Jorge-Cárdenas, X., Montes-Mendoza, M., Beverido-Sustaeta, P., y Salas-García, B. (2016). Percepción de riesgo y consumo de drogas legales en estudiantes de psicología de una universidad mexicana. *Revista Investigación en Salud Universidad de Boyacá*, 3(1) 16- 32. Recuperado de: <file:///C:/Users/yucell/Downloads/139-411-3-PB.pdf>

- Denzin, N. K. y Lincoln, Y. S. (2015). *Métodos de recolección y análisis de datos*. Buenos Aires: Gedisa.
- Díaz, G. I. y Andrés, R. (2005). La entrevista cualitativa. *Universidad Mesoamericana*. Recuperado de [www.geiuma-oax.net/cursos/entrevistacualitativa.pdf](http://www.geiuma-oax.net/cursos/entrevistacualitativa.pdf)
- Díaz, L. P. y Palucci, M. E. (2010). El papel de los profesionales en centros de rehabilitación de drogas en ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Latinoamericana de Enfermagem*, 18(Art. Orig.) 573-581. DOI: 10.1590/S0104-11692010000700013
- Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas Públicas Documento de Trabajo No. E052009 (2009). *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares: glosario*. Recuperado de: [http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/E05-2009-1Co.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf)
- Dumont, G. y Clua, R. (2015). Acercamiento socio-antropológico al concepto de estilo de vida. *Aposta: Revista de ciencias sociales* (66) 83-99. Recuperado de [www.apostadigital.com/revista3/hemeroteca/dumontl.pdf](http://www.apostadigital.com/revista3/hemeroteca/dumontl.pdf)
- Encuesta Nacional de Adicciones[ENA] (2011). *Reporte de drogas primera edición 2012*. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM). Recuperado de: [http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS\\_.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf)
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Estudiantes 2014 [ENCODE] (2015). *Reporte de Drogas*. Secretaría de Salud. México. Recuperado de [www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE\\_DROGAS\\_2014.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/investigacion/ENCODE_DROGAS_2014.pdf)
- Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017. *Consumo de drogas: prevalencias globales, tendencias y variaciones estatales*. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO\\_DE\\_DROGAS.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/234856/CONSUMO_DE_DROGAS.pdf)

- Escobedo, J., Vite, A. y Oropeza, R. (2007). Factores asociados a la deserción de un tratamiento breve para usuarios de cocaína. *En-claves del pensamiento*,(2) 117-131. Recuperado de: [www.scielo.org.mx/pdf/enclav/v1n2/v1n2a7.pdf](http://www.scielo.org.mx/pdf/enclav/v1n2/v1n2a7.pdf)
- Escohotado, A. (2003). Toxicomanías. Recuperado de [www.escohotado.com/articulosdirectos/toxicomanias.htm](http://www.escohotado.com/articulosdirectos/toxicomanias.htm)
- Farías, L. y Montero, M. (2005). De la transcripción y otros aspectos artesanales de la investigación cualitativa. *International Journal of Methods*, 4(1) 1-14. Recuperado de: [http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4\\_1/pdf/fariasmontero.pdf](http://www.ualberta.ca/~iiqm/backissues/4_1/pdf/fariasmontero.pdf)
- Federación Latinoamericana de Comunidad Terapéuticas [FLACT](2013). Comunidad Terapéutica: una definición operativa. *Juan Palacios*. Recuperado de [www.enlinea.cij.gob./Cursos/Hospitalización/pdf/Palacios\\_Juan.pdf](http://www.enlinea.cij.gob./Cursos/Hospitalización/pdf/Palacios_Juan.pdf)
- Fiestas, F. y Ponce, J. (2012). Eficacia de las comunidades terapéuticas en el tratamiento de problemas por el uso de sustancias psicoactivas: una revisión sistemática. *RevPeruMedExp. Salud Pública*,29(1) 12-20. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v29n1/a03v29n1.pdf>
- First M. B. (2015). *DSM-5. Manual de Diagnóstico Diferencial*. American Psychiatric Association. España: Panamericana
- Fischer, A. (2008). Comentarios críticos a la prohibición de las drogas desde la perspectiva del constructivismo social. *Intersticios Revista de Sociología de Pensamiento Crítico*,2(2) 63-70. Recuperado de: <file:///C:/Users/Pc/Downloads/2713-10024-1-PB.pdf>
- Flores, E. (2007). Corporalidad y uso de drogas: estudio de caso de la experiencia subjetiva del cuerpo. *Revista Interamericana de Psicología*,41(2) 421-250. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v41n2/v41n2a15.pdf>
- Foucault, M. (2013). *El poder, una bestia magnífica; sobre el poder, la prisión y la vida*. México: Siglo XXI.
- Foucault, M. (2014). *Vigilar y castigar: nacimiento de la prisión*. México: Siglo XXI.

- Freixa, F. (1991). Factores psicosociales en drogodependencias. *Anuario de Psicología*, (49) 61-78. Recuperado de:  
<http://www.raco.cat/index.php/anuariopsicologia/article/viewFile/64658/88685>
- García, N. A. (2013). El IAPA y el CIJ fortalecerán la prevención y el tratamiento de adicciones en la Ciudad de México. *Centros de Integración Juvenil Informa*, 64, 22.
- García, R. (2010). Sistema institucional de evaluación de programas de tratamiento: hospitalización evaluación de resultados. Informe de Investigación, 10-11. Recuperado de: <http://www.cij.gob.mx/Programas/Investigacion/pdf/10-11.pdf>
- Garmendía, M. L., Alvarado, M., Montenegro, M. y Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica Chilena*, (136) 169-178. Recuperado de [www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n2/ar05.0df](http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v136n2/ar05.0df)
- Gerring, J. (2012). *Metodología de las ciencias sociales. Un marco unificado*. Madrid: Alianza.
- Ghasarian, C. et al. (2008). *De la etnografía a la antropología reflexiva: nuevos campos, nuevas prácticas, nuevas apuestas*. Buenos Aires: Del Sol.
- Giddens, A. (2006). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Goetz, J. P. y LeCompte, M. D. (1988). *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid: Morata.
- Goffman, E. (2009). *Internados: Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Madrid: Amorrortu.
- Gómez, A. H. y Almanza, A. M. (2016). Impacto del narcotráfico en jóvenes de Tamaulipas, México. *Drogas en inseguridad. Revista de Psicología*, 34(2) 445-472. <http://dx.doi.org/10.18800/psico.201602.009>
- González, L., Rivas-Cuarneti, N. y Farías, L. (2016). Estudio de alcance de terapia ocupacional y drogodependencias: reflexiones críticas de los contextos, prioridades y miradas en la investigación. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 16 (2) 9-21.

Recuperado de

[www.hht://revistas.cl/uchileindex.php/RTO/article/viewFile/44747/46789](http://www.hht://revistas.cl/uchileindex.php/RTO/article/viewFile/44747/46789)

González-Reyes, P. J. (2011). Impacto espacial diferenciado en el consumo y adicción a las drogas en la frontera norte de México: el caso de estado Baja California. *Revista Criminalidad*, 53(2) 15-36. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/crim/v53n2/v53n2a02.pdf>

Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Norma.

Gutiérrez, J. y Delgado, J. M. (2005). *Métodos y técnicas cualitativas en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis.

Hammersley, M. y Atkinson, P. (1994). *Etnografía: métodos de investigación*. Madrid: Paidós.

Hernández, E. M., Orozco, I. C. y Ríos, J. D. (2017). Estado del arte sobre el diseño, análisis y evaluación de políticas de reducción de daño por consumo de sustancias psicoactivas, en Europa y América entre 2003 a 2013. *Health and Addiction Salud y Drogas*, 17(2) 5-16. DOI: <http://dx.doi.org.10.21134/haaj.v17i2.275.g287>

Hernández, M. (2010). El estudio de la pobreza y la exclusión social: Aproximación cuantitativa y cualitativa. *Revista interuniversitaria de formación del profesorado*, 24(3) 25-46. Recuperado de [www.redalyc.org/pdf/274/27419173003.pdf](http://www.redalyc.org/pdf/274/27419173003.pdf)

Hernández, T., Roldán, J., Jiménez, A., Mora, C., Rodríguez, Sánchez-Garnica, D.E. y María Teresa Pérez, M. T. (2009). La edad de inicio en el consumo de las drogas: un indicador de consumo problemático. *Dossier*, 18(3) 159-221. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v18n3/v18n3a02.pdf>

Ibáñez, C. (12 de marzo de 2014). *Los adictos le tienen pánico a la «voladora»*. *El Debate Guamúchil*. Recuperado de: <https://www.debate.com.mx/guamuchil/Los-adictos-le-tienen-panico-a-la-voladora-20140312-0244.html>

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011: Reporte*

*de Drogas*. Recuperado

[dewww.concadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA\\_2011\\_DROGAS\\_ILICITAS\\_.pdf](http://dewww.concadic.salud.gob.mx/pdfs/ENA_2011_DROGAS_ILICITAS_.pdf)

Instituto Nacional de Salud Pública; Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Comisión Nacional contra las Adicciones y Secretaría de Salud (2017).

*Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco* [ENCODAT] 2016-2017: Resumen metodológico. DOI: 10.13140/RG.2.232871.85921

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [INAD] (2010). Principios de tratamiento para la drogodependencia: una guía basada en las investigaciones. Instituto Nacional de Salud/Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.E. U.U. Recuperado: <https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/podatsp.pdf>

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [INAD] (2014). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes: Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Recuperada de [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf)

Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas [INAD] (2004). Cómo prevenir el uso de drogas en los niños y los adolescentes: Una guía con base científica para padres, educadores y líderes de la comunidad. Recuperada de [https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook\\_spanish.pdf](https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/redbook_spanish.pdf)

Jiménez, K. y Castillo, F. (2011). A través del cristal. La experiencia del consumo de metanfetamina en Tijuana. *Región y Sociedad*, 23(50) 153-183. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/regsoc/v23n50/v23n50a7.pdf>

Kawulich, B. B. (2005). La observación participante como método de selección de datos. *Forum Qualitative Social Research*, 6(2). Recuperado de [www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/466/998#g2](http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/466/998#g2)

Kornblit, A.L., Camarotti, A. C. y Di, P. F.(s.f.). Prevención del consumo problemática de drogas. Material de estudio. Módulo 1: La construcción social de la problemática de las drogas. UNICEF. Recuperado de:

[http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu\\_ModulosESI.pdf](http://files.unicef.org/argentina/spanish/Edu_ModulosESI.pdf)

- Kuhn, C., Swartzwelder, S. y Wilson, W. (2010). «Trabarse»: la más reciente y completa investigación sobre las drogas desde el alcohol hasta el éxtasis. Colombia. Grijalbo.
- Lamar, R. (2014). «No hay enfermedades sino enfermos». *Canarias7*. Recuperado de [https://www://canarias7.es/hemeroteca/no\\_hay\\_enfermedades\\_sino\\_enfermos-OECSN337009](https://www://canarias7.es/hemeroteca/no_hay_enfermedades_sino_enfermos-OECSN337009)
- López-Fernández, O., Román-Jiménez, E., Castello-Cuellell, N. y García-Claver, M. (2013). Las comunidades terapéuticas como tratamiento para la drogodependencias: una revisión sistemática del seguimiento a corto plazo. *Trastornos adictivos*, 15(4) 118-125. Recuperado de <http://elsevier.es>
- Manual Sobre Tratamiento del Abuso de Drogas: Abuso de drogas: tratamiento y rehabilitación; guía práctica y aplicación. Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (2003). Recuperado de: [https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide\\_S.pdf](https://www.unodc.org/docs/treatment/Guide_S.pdf)
- 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 atendidos en centros residenciales de ayuda mutua para la atención de las adicciones. *Salud Mental*, 36(5) 393-402. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v36n5/v36n5a7.pdf>
- Martín-Crespo, M. C. y Salamanca, A. B. (2007). El muestreo en la investigación cualitativa. *Nure- Investigación*, (27). Recuperado de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/340/330>
- Martínez-Salgado, C. (2011). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Scielo*, 17(3). DOI: DOI.org/101590./S1413-8123201202000300006
- Medina-Mora, M. E., Real, M., Villatoro, J. Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud Pública México*, 55(1) 67-73. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342013000100010](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342013000100010)

- Medina-Mora, M., Real, T., Villatoro, J., y Natera, G. (2013). Las drogas y la salud pública: ¿hacia dónde vamos? *Salud pública de México*, 55(3) 67-73. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v55n1/v55n1a10.pdf>
- Mejía, A. M. y Cano, V. H.(2010). Una aproximación a los modelos de comprensión de la farmacodependencia. *Katharsis*,(10) 157-176. Recuperada de <http://www.iue.edu.co/Portal/Images/Images/Archivos/EdicionN°10-2010.pdf#page=158><http://www.adiccionyciencia.info>
- Méndez-Díaz, M., Romero, B. M., Cortez, J., Ruiz, A. E., y Próspero-García, O.(2017). Neurobiología de las adicciones. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 60(1) 6-16. Recuperado de [www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-171b.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-171b.pdf)
- Mercado, A. y Briseño, P. D. (2014). El «Yo» deteriorado: estima y adicción en la sociedad del consumo. *Espacios públicos*, 17(39) 137-157. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/676/67630574008.pdf>
- Molina, A. J., González, J., y Montero, F. J. (2011). Fortalezas y debilidades de la comunidad terapéutica. *Rev. Adicción y Ciencia*, 1(4) 1-6. Recuperado de: [http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2015/10/molina\\_bis\\_1\\_4.pdf](http://adiccionyciencia.info/wp-content/uploads/2015/10/molina_bis_1_4.pdf)
- Muñoz, C. E., Preciado, Sandstede, M. J., Klimenko, O. (2017). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en los estudiantes del Instituto de Filosofía de la Universidad de Antioquia, 2016. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas «PSICOESPACIOS»*, 11(18) 149-170. Recuperado de: <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>
- Muñoz, R. E. (1996). Comunidades Terapéuticas (C.T.). *Cuadernos Médicos Sociológicos*, 37(3) 24-36. Recuperado de [http://www.cms.colegiomedico.cl/Magazine/1996/37/37/37\\_3\\_5.pdf](http://www.cms.colegiomedico.cl/Magazine/1996/37/37/37_3_5.pdf)
- Murcia, M. P. y Orejuela, J. J. (2014). Las comunidades terapéuticas y psicoterapéuticas como tratamiento contra la adicción a SPA: una aproximación a su estado del arte. *Revista CES Psicología*, 7(2) 153-172. Recuperado de <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/2754/2206>

- National Institute on Drug Abuse [NIDA](2014). *Las drogas, el cerebro y el comportamiento: la ciencia de la dicción*. Recuperado de:  
[https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa\\_sp\\_2014.pdf](https://d14rmgtrwzf5a.cloudfront.net/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf)
- National Institute on Drug Abuse(NIDA, 2014). Las drogas, el cerebro, y el comportamiento. *La ciencia de la adicción*, 1-36. Recuperado de  
[http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa\\_sp\\_2014.pdf](http://www.drugabuse.gov/sites/default/files/soa_sp_2014.pdf)
- Nieblas M. (2017, 27 junio). El cristal es la principal droga de impacto en Sinaloa. Ceptca.Línea Directa. Portada. Recuperado de:  
<https://www.lineadirectaportal.com/publicacion.php?noticia=343039>
- Noreña, A. L., Alcaráz-Moreno, N., Rojas, J. G. y Rebolledo-Malpica, D. (2012). Aplicabilidad de los criterios de rigory éticos en la investigación cualitativa. *Alquichan*, 12(3) 263-274. Recuperado de  
<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74124948006>
- Norma Oficial Mexicana [NOM] NOM-028-2009. Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones. Recuperado de:  
[http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma\\_oficial\\_nom.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/norma_oficial_nom.pdf)
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías [EMCDDA] (2015). Informe Europeo sobre las Drogas: tendencias y novedades. Recuperado de:  
[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_ES\\_TDAT15001ESN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_ES_TDAT15001ESN.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito[UNODC] (2016).Informe mundial sobre las drogas, 2016. Resumen ejecutivo. Recuperado de:  
[https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR\\_2016\\_ExSum\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/doc/wdr2016/WDR_2016_ExSum_spanish.pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito: Informe Mundial Sobre las Drogas: Resumen Ejecutivo, 2015 [UNODC] (2015). Recuperado de  
[http://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/eventos/2015/WDD2015/World\\_Drug\\_Report\\_2015.pdf](http://www.unodc.org/documents/mexicoandcentralamerica/eventos/2015/WDD2015/World_Drug_Report_2015.pdf)

Organización de los Estado Americanos [OEA] (2013). El problema de las drogas en las Américas: Estudios. Drogas y salud pública. Políticas y programas. Recuperado de <http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/informeDrogas2013/drugsPublicHealthESP.pdf>

Organización de los Estado Americanos [OEA], México (2014). Informe de Evaluación sobre el Control de las Drogas. Recuperado de [http://cicad.oas.org/mem/reports/6/Full\\_Eval/Mexico%20-%20Sexta%20Ronda%20de%20Evaluacion%20-%20ESP.pdf](http://cicad.oas.org/mem/reports/6/Full_Eval/Mexico%20-%20Sexta%20Ronda%20de%20Evaluacion%20-%20ESP.pdf)

Organización de Los Estados Americanos (2013). El problema de las drogas en las Américas: Estudios drogas y salud pública. OEA/serv.D/XXV.4. Recuperado de [http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/Drogas2013/drugsPublicHealth\\_ESP.pdf](http://www.cicad.oas.org/drogas/elinforme/Drogas2013/drugsPublicHealth_ESP.pdf)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012). Hay que mejorar el acceso de los drogodependientes a la atención sanitaria; la OMS evalúa los recursos de tratamiento y prevención en 147 países. Prensa Recuperado de: [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/drug\\_use\\_20120626/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/drug_use_20120626/es/)

Organización Mundial de la Salud (2013). Hay que mejorar el acceso a los drogodependientes a la atención sanitaria. *Centro de Prensa*. Recuperado de [http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/drug\\_use\\_20120626/es/](http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/drug_use_20120626/es/)

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2009). *Epidemiología del uso de drogas en América Latina y el Caribe: Un enfoque de salud pública*. Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Washington, D.C. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemilogia\\_drogas\\_web.pdf?ua=1](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/epidemilogia_drogas_web.pdf?ua=1)

Organización Panamericana de la Salud/Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud (2003). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C. Recuperado de [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)

- Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud  
(2010).Estrategias sobre el consumo de sustancias psicoactivas y la salud pública.  
50 Consejo Directivo.Washington. D.C.EUA. Recuperado de:  
[www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/DC50.R2-s-pdf](http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/DC50.R2-s-pdf)
- Ornelas, A., Álvarez, A., Vázquez, A.,y Moreno, M. M. (2017). Percepción de los  
adolescentes ante los conflictos familiares. *Jóvenes en la ciencia*, 3(2) 143-147.  
Recuperado de:  
<http://www.jovenesenlaciencia.ugto.mx/index.php/jovenesenlaciencia/article/view/1691>
- Ovalle, P. O. (2009). *Engordar la vena: discursos y prácticas sociales de los usuarios de  
drogas inyectadas en Mexicali*. Centro de investigaciones culturales-Museo,  
Universidad Autónoma de Baja California.
- Pacheco, D. (2014). Una visión humanista sobre el problema de las drogas en  
Centroamérica. Anuario de Estudios Centroamericanos.  
DOI: <https://doi.org/10.15517/aeca.v40i1.16638>.
- Paris, M. D. (2009). «Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus  
familiares». Dirección General Adjunta de Estudios, Legislación y Políticas  
Públicas Documento de Trabajo No. E05. Recuperado de  
[http://www.conapred.org.mx/documentos\\_cedoc/E05-2009-1Co.pdf](http://www.conapred.org.mx/documentos_cedoc/E05-2009-1Co.pdf)
- Pérez, F. (2011). Origen alemán de la comunidad terapéutica. *Asociación Española  
Neuropsiquiátrica*, 30(105) 145-149. Recuperado de  
<http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v30n1/09.pdf>
- Programa de Acción Específico: Prevención y Atención Integral de las Adicciones 2013-  
2018. *Secretaría de Salud: PAE/PDNA, 2013-2018*. Recuperado de  
[www.conadic.salud.gob.mx/pdf/programas/PAE\\_2015.pdf](http://www.conadic.salud.gob.mx/pdf/programas/PAE_2015.pdf)
- Reyes, S. (2005). La actuación del trabajo social en una organización penitenciaria. El caso  
del CECJUDE-Culiacán, Sinaloa. Sin Fronteras. Recuperado de  
[www.ucol.mx/resifro/pdf/SF2005.pdf](http://www.ucol.mx/resifro/pdf/SF2005.pdf)

- Rodríguez, A. C. (2009). Aspectos teóricos-metodológicos, de las comunidades terapéuticas para la asistencia de la droga dependencia: sus comienzos *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, (37)317-327. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/185/1851683015.pdf>
- Rodríguez, G., Gil, J. y García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Aljibe.
- Rodríguez, S. E., Córdova, A. J. y Fernández, M. C. (2015). Estudio comparativo del proceso de inserción social en hombres y mujeres usuarios de drogas en rehabilitación. *Health and Addictions: Salud y drogas*, 15(1) 49-54. Recuperado de <http://www.haaj.org/index.php/haaj/article/view/222/237>
- Romaní, O. (1997). Etnografía y drogas: discurso y prácticas. *Nueva Antropología*, 16(53) 39-69. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905303>
- Romaní, O. (1997). Etnografía y drogas: discurso y prácticas. *Nueva Antropología*, 16(53) 39-69. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=15905303>
- Romaní, O. (2010). Adicciones, drogodependencia, «problema de la droga» en España: la construcción de un problema social. *Cuicuilco*, 17(49) 83-101. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/351/35117055006.pdf>
- Romero, J. C., Cuadra, A., Cousins, R. y Santibáñez, Á (2008). Implementación y evaluación de un modo de intervención grupal para personas con consumo problemático de drogas de la comunidad terapéutica Padre Alberto Hurtado de Arica. *Límite*, 3(18) 109-133. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83631806>
- Sánchez-Hoil, A., Andueza-Pech, M. G., Santana-Carvajal, A. M., Hoil-Santos, J.J., CuFarfán-López, J. (2017). Características sociodemográficas y perfil del consumo de tabaco y drogas en estudiantes de dos universidades de México. *Revista Biomédica*, 2(1) 11-27. Recuperado de: [www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio171c.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/revbio/bio-2017/bio171c.pdf)

- Sánchez-Huesca, R. y Arellanez-Hernández, J. L. (2011). Uso de drogas en migrantes mexicanos captados en ciudades de frontera noroccidental México-Estado Unidos. *Estudios Fronterizos: Nueva época*, 12(23) 9-26. Recuperado <http://www.scielo.or.mx/pdf/estfro/v12n23/v12n23a1.pdf>
- Sánchez-Mejorada, J. (2013). *Comunidad Terapéutica para personas con consumo de sustancias psicotrópicas. Guía Terapéutica para el tratamiento e integración social en materia de adicciones*. México. Instituto para la Atención e Integración Social en Materia de Adicciones. Recuperado de: [http://201.161.17.101/media/Documentos/07.01\\_Publicaciones%20IAPA/07.01.02\\_LIBROS/2013\\_07%20Gu%C3%ADa%20para%20el%20tratamiento%20e%20integraci%C3%B3n%20social%20en%20materia%20de%20adicciones/ComTerapeuticaC.pdf](http://201.161.17.101/media/Documentos/07.01_Publicaciones%20IAPA/07.01.02_LIBROS/2013_07%20Gu%C3%ADa%20para%20el%20tratamiento%20e%20integraci%C3%B3n%20social%20en%20materia%20de%20adicciones/ComTerapeuticaC.pdf)
- Sandoval, C. A. (2002). Enfoque y modalidades de investigación cualitativa: rasgos básicos. En *Investigación Cualitativa. Programa de Especialización en Teoría, Métodos y técnicas de Investigación Social* (pp.57-110). Recuperado de: [www.https://paneil.inkuba.com./sities/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf](http://www.https://paneil.inkuba.com./sities/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf)
- SangInés, I. (2017). El fotoperiodismo crítico y la construcción de la memoria en América Latina: México durante la «guerra contra el narcotráfico». *Con-temporánea*, 4(1) 23-31. Recuperado de: <https://www.revistas.inah.gob.mx/index.php/contemporanea/article/view/11241/12025>
- Silva, C. y Burgos, C. (2011). Tiempo mínimo-conocimiento suficiente: la cuasi-etnografía sociotécnica en psicología social. *Psicoperspectivas*, 10(2) 87-108. Recuperado de <http://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectiva/article/viewFile/146/155>
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones [SISVEA] (2013). Informe, 2012. Recuperado de

[www.epidemiología.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf\\_sisvea/informes\\_sisvea\\_2012.pdf](http://www.epidemiología.salud.gob.mx/doctos/infoepid/inf_sisvea/informes_sisvea_2012.pdf)

Sistema de Vigilancia Epidemiológico para las Adicciones [SISVEA] (2016): informe, 2016. Recuperado de [http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info\\_sisvea/informes\\_sisvea\\_2016.pdf](http://187.191.75.115/gobmx/salud/documentos/info_sisvea/informes_sisvea_2016.pdf)

Slapak, S. y Grigoravicius (2006). «Consumo de drogas»: la construcción de un problema social. *Anuario de Investigaciones*, (XIV)239-249. Recuperado de: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v14/v14a23.pdf>

Úcar, X. (2013). «Prólogo. La comunidad como protección». En Santibáñez, R., Martínez-Pampliega, A. (Coord.). *Intervención comunitaria en Adolescentes y familias en riesgo*, pp.9-10. Barcelona: Graó. Recuperado de: [https://www.academia.edu/3206333/Pr%C3%B3logo\\_La\\_comunidad\\_como\\_protecci%C3%B3n\\_Santib%C3%A1ñez\\_Guber\\_R.\\_Mart%C3%ADnez-Pampliega\\_A.\\_Coords.\\_Intervenci%C3%B3n\\_comunitaria\\_con\\_adolescentes\\_y\\_familias\\_en\\_riesgo.\\_2013](https://www.academia.edu/3206333/Pr%C3%B3logo_La_comunidad_como_protecci%C3%B3n_Santib%C3%A1ñez_Guber_R._Mart%C3%ADnez-Pampliega_A._Coords._Intervenci%C3%B3n_comunitaria_con_adolescentes_y_familias_en_riesgo._2013)

Uribe, J. I., Verdugo, J.C., y Zacarías, X. (2011). Relación entre percepción de riesgo y consumo de drogas en estudiantes de bachillerato. *Psicología y Salud*,21(1) 47-55. Recuperado de <https://www.uv.mx/psicysalud-21-1/21-1/J-Isaac-Uribe-Alvarado.pdf>

Vasilachis, I. (2007). El aporte de la epistemología del sujeto conocido al estudio cualitativo de las situaciones de pobreza, de la identidad y de las representaciones sociales. *Forum: Qualitative Social Research*,8(3). Recuperado de <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/rt/printFriendly/290/637>

Ventura-Martínez, J.L., Castro-Muñoz, J.R., y Carrera-Fernández, P. (2017). El involucramiento afectivo como factor de protección contra el consumo de sustancias. DOI: 10.19136/hs.v16i2.1188.

Vera, J. P., y Jaramillo, J. (2007). Teoría social, métodos cualitativos y etnografía: el problema de la representación y reflexividad en las ciencias sociales. *Universitas humanísticas* (64)237-255. Recuperado de: file:///C:/Users/Pc/Downloads/2202-7553-1-PB.pdf

World Health Organization. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado de [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/lexicon\\_alcohol\\_drugs\\_spanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf)

Zamudio, C., Chávez, P., y Zafra, E. (2015). Abusos de centros con internamiento para tratamiento para usuarios de drogas en México. *Cuadernos.cupihd: Colectivo por una política integral a las drogas A. C. (8)*. Recuperado de: [http://www.drogasmexico.org/index.php?nota=13046&tipo=2&id\\_ext=45](http://www.drogasmexico.org/index.php?nota=13046&tipo=2&id_ext=45)

Zygmunt, B. (2013). *Vida de consumo*. México: Fondo de cultura económica.

