



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**LAS REPRESENTACIONES SOCIALES
EN TORNO A LA FARMACODEPENDENCIA EN MÉXICO
Y EL DESARROLLO DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS DURANTE
EL PERIODO 2006-2012**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

**KARLA AURORA VALERIE
BALLESTEROS ROJAS**

DIRECTORA DE TESIS: Dra. María del Carmen
Montenegro Núñez

REVISORES: Mtra. Margarita Molina Avilés
Dr. Germán Álvarez Díaz de León
Dra. Zuraya Monroy Nasr
Mtro. José Manuel Martínez

Diciembre, 2012





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Expreso mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda colaboraron en la realización de este trabajo.

Especial reconocimiento merece la Dra. María del Carmen Montenegro Núñez, directora de la investigación, por la continúa orientación y el apoyo recibido a lo largo de este proceso, pero sobre todo por la motivación infundida y la enorme confianza en mí depositada.

Agradezco el interés mostrado en mi trabajo y las valiosas sugerencias recibidas por parte del Dr. Germán Álvarez Díaz de León, la Dra. Zuraya Monroy Nasr, la Mtra. Margarita Molina Avilés y el Mtro. José Manuel Martínez.

Quisiera hacer extensiva mi infinita gratitud a mi papá sin cuyo apoyo, comprensión y paciencia hubiera sido imposible cumplir el sueño de cursar una segunda carrera.

A mi hermana Claudia le doy las gracias por ser un gran ejemplo de vida, así como por su motivación constante.

Agradezco a Dan por su amor incondicional y por haberme acompañado en los momentos de crisis.

A todos ellos, muchas gracias.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO I. Antecedentes.....	10
CAPÍTULO II. Representaciones sociales y términos asociados al tema de la farmacodependencia.....	32
2.1. Representaciones sociales	33
2.1.1. Conceptos afines.....	38
2.1.1.1. La opinión.....	38
2.1.1.2. La imagen	39
2.1.1.3. La actitud.....	40
2.1.1.4. Los estereotipos.....	42
2.1.1.5. La percepción.....	43
2.1.1.6. Las creencias	43
2.1.1.7. Las ideologías	45
2.1.2. Funciones de las representaciones sociales.....	46
2.1.2.1. Función de saber	46
2.1.2.2. Función identitaria.....	47
2.1.2.3. Función de orientación	47
2.1.2.4. Función de justificación	47
2.1.3. Dimensiones de las representaciones sociales.....	48
2.1.3.1. La información.....	49
2.1.3.2. La actitud.....	50

2.1.3.3. El campo de representación.....	51
2. 2. Términos asociados al tema de la farmacodependencia	51
2.2.1. Farmacodependencia.....	52
2.2.2. Adicción.....	55
2.2.3. Síndrome de dependencia	60
2.2.4. Dependencia de sustancias	62
2.2.5. Consumo perjudicial.....	64
2.2.6. Abuso de sustancias	66
2.2.7. Uso de sustancias	66
2.2.8. Farmacodependiente	67
2.2.9. Adicto o drogadicto.....	68
2.2.10. Droga o fármaco.....	70
2.2.11. Sustancia psicoactiva.....	73
2.2.12. Sustancia psicotrópica	74
2.2.13. Estupefaciente y narcótico	76
2.2.14. Droga de tipo ilícito o droga ilegal	77
CAPÍTULO III. Enfoques que abordan el tema de la farmacodependencia.....	79
3.1. Modelo jurídico.....	80
3.2. Modelo biomédico.....	83
3.2.1. Modelo de enfermedad	84
3.2.2. Modelo de recompensa cerebral.....	86
3.2.3. Modelo de automedicación.....	87
3.3. Modelo médico sanitario o de salud pública	90
3.4. Modelo psicosocial.....	94
3.4.1. Variables propias de la sustancia psicoactiva	95

3. 4.2. Variables personales.....	96
3.4.3. Variables ambientales.....	104
CAPÍTULO IV. De la magia y brujería a la criminalización.....	119
4.1. Reseña histórica.....	120
4.1.1. Consumo de sustancias psicoactivas en otras sociedades.....	120
4.1.2. Empleo de sustancias psicoactivas en México.....	140
4.2. Hipótesis que vinculan el consumo de sustancias psicoactivas con factores criminógenos	150
4.2.1. El consumo de sustancias psicoactivas como causa de la delincuencia	155
4.2.2. La delincuencia deriva en problemas de farmacodependencia.....	167
4.2.3. Niega la causalidad entre ambas variables.....	168
CAPÍTULO V. Políticas públicas instrumentadas para atender el fenómeno de la farmacodependencia en México, durante el periodo 2006-2012.....	170
5.1. Contexto sociopolítico de México.....	171
5.2. Políticas públicas 2006-2012.....	176
5.2.1. Eje de Estado de Derecho y seguridad.....	179
5.2.2. Eje de Igualdad de Oportunidades.....	184
5.2.3. Programas oficiales que buscaron instrumentar el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012.....	185
5.2.3.1. EJE I. Estado de Derecho y seguridad.....	185
5.2.3.1.1. Programa Nacional para el Combate al Narcotráfico	185
5.2.3.1.2. Programa Nacional para el Combate al Narcomenudeo.....	186
5.2.3.1.3. Limpiemos México	188
5.2.3.2. EJE III. Igualdad de Oportunidades	192
5.2.3.2.1. Programa de Acción Específico 2007-2012 (PAE). Prevención y tratamiento de las adicciones	194

5.2.3.2.2. Programa Nacional de Activación Física	196
5.3. Marco jurídico vinculado al tema de la farmacodependencia vigente al 2012	197
5.3.1. Marco jurídico vinculado al control de la oferta	197
5.3.1.1. Instrumentos internacionales	197
5.3.1.2. Disposiciones jurídicas nacionales.....	206
5.3.2. Marco jurídico vinculado a la reducción de la demanda.....	209
5.3.2.1. Instrumentos internacionales	210
5.3.2.2. Disposiciones jurídicas nacionales.....	214
5.4. Instituciones que han abordado el problema de la farmacodependencia en nuestro país	224
DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN	237
REFERENCIAS.....	266
ÍNDICE DE TABLAS.....	311
ÍNDICE DE FIGURAS	312

INTRODUCCIÓN

Antiguamente el consumo de lo que actualmente se denomina como *drogas* incluía las más diversas prácticas sociales, sin que en ese momento se hablara de un consumo perjudicial o de un problema de farmacodependencia. Los usos que se le daban a tales sustancias se encontraban insertos en un marco fundamentado en cosmovisiones específicas y culturalmente elaboradas (Miranda, 2010). Sin embargo, cambios políticos, económicos y culturales influyeron en la conformación de una representación social negativa sobre determinadas sustancias psicoactivas, su consumo y las personas vinculadas a este fenómeno.

Tal transformación en las representaciones sociales asociadas con este tema corrió de manera paralela con la instauración de enfoques particulares orientados a entender este fenómeno, dos de los cuales son los que más influencia han tenido a nivel político y social: el modelo jurídico y el modelo médico sanitario. Se desarrolló un conjunto de creencias y conceptos que constantemente señalan al objeto *droga* como la causa de diversas problemáticas y la satanizan por su “efectos letales” sobre el usuario (Gómez, 2009). Al usuario de dichas sustancias –quien puede o no presentar un consumo perjudicial o bien, el síndrome de dependencia- le asignan la doble categorización de “delincuente-enfermo”.

A pesar de que han surgido otros modelos, la influencia de estas dos aproximaciones teóricas, que históricamente han sido complementarias, dio lugar a la perspectiva médico-jurídica. La cual ha mediado significativamente tanto en la conformación de un saber específico sobre el fenómeno de la farmacodependencia, como en la definición de las estrategias y acciones dedicadas a su prevención y tratamiento, entre las que se destaca la prohibición de las actividades vinculadas con las sustancias psicoactivas de tipo ilícito (Bejarano, 2006).

De esta manera, la representación de este fenómeno que se asocia con situaciones que transgreden la ley ha servido para justificar las políticas públicas en las que la represión es el factor principal, suponiendo que al otorgarle mayor poder al aparato policial y al establecer acciones más estrictas, como sentencias más severas en contra de las personas involucradas en la producción, distribución y comercio ilícito de determinadas sustancias psicoactivas, se logrará contener e incluso eliminar el consumo de las mismas. Dándole menor importancia a las políticas de prevención y tratamiento.

Con base en lo anterior, esta investigación tiene por objetivo analizar el impacto que tienen las representaciones sociales de la farmacodependencia –concebida como enfermedad y como factor asociado al crimen- en el establecimiento de las políticas públicas dedicadas a abordar este fenómeno en nuestro país. Para conseguir tal propósito se ha realizado un estudio documental, en el cual se ha procurado un abordaje desde el enfoque médico sanitario y jurídico, además se han tenido como marco de análisis las representaciones sociales y las políticas de salud y de seguridad referentes a esta problemática correspondientes al periodo 2006-2012.

Las hipótesis sobre las que se ha sustentado este estudio señalan que a estas representaciones sociales les corresponde un abordaje institucional particular, principalmente desde el ámbito jurídico entendiendo que es un tema que impacta en la seguridad pública, más que como una cuestión de salud pública. Lo cual, además de favorecer la criminalización de este fenómeno y de los usuarios de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, ha propiciado que tanto los esfuerzos, como los recursos económicos destinados a atender dicha problemática desde el ámbito sanitario y psicosocial sean insuficientes.

La investigación consta de cinco capítulos, en el primero se exponen cifras a nivel mundial y nacional sobre la prevalencia del consumo problemático y dependiente de sustancias psicoactivas, para dar cuenta de su impacto sanitario y social. Los

siguientes dos capítulos constituyen el marco teórico, en el primero se conceptualiza lo relativo al campo de las representaciones sociales y se definen los conceptos de farmacodependencia, farmacodependiente y droga, exponiendo cómo cuestiones políticas y sociales han influido en la modificación de estas definiciones, todo ello con la finalidad de definir y dar contexto a nuestro objeto de estudio. En el tercer capítulo se presentan los modelos teóricos que explican el fenómeno de la farmacodependencia desde el ámbito legal, de la salud y psicosocial.

En el cuarto capítulo se hace una revisión histórica sobre el cambio que han tenido las representaciones sociales vinculadas al tema, además se plantean las hipótesis que asocian el consumo de sustancias psicoactivas con el crimen y la violencia. En el quinto y último capítulo se describen y analizan las políticas públicas –basadas en la representación “enfermedad-factor criminógeno”- que han sido implementadas por la administración del Lic. Felipe Calderón, para la represión de las actividades relacionadas con el narcotráfico, así como para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia. Además, se expone el marco jurídico vinculado a este tema vigente al 2012, así como las instituciones que a nivel nacional han abordado dicho fenómeno.

Podemos señalar como parte de nuestras conclusiones que la respuesta que a nivel gubernamental se les da a las distintas problemáticas sociales depende, no tanto del tipo del fenómeno de que se trate, sino de la representación que se tenga de éste. Así, las representaciones sociales vinculadas con el tema de la farmacodependencia y el farmacodependiente, han influido tanto en los enfoques que abordan dicha problemática, como en las políticas públicas implementadas al respecto. Tal y como lo señala Gómez (2009:16) “las creencias instituidas determinarán en gran medida el abordaje que los profesionales y las instituciones harán de los sujetos involucrados en el consumo de sustancias”.

CAPÍTULO I. Antecedentes

En este capítulo se realizará la exposición de los datos relativos al consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito¹ y los problemas derivados de éste, a nivel mundial y nacional. Lo anterior permitirá tener un primer acercamiento al impacto sanitario y social vinculado con este fenómeno. La exposición de las cifras a nivel mundial se hará con base en los datos publicados por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) en conjunto con la Organización Mundial de la Salud (OMS). Así como datos provenientes de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD).

En cuanto a los datos pertenecientes a la epidemiología del consumo de sustancias psicoactivas en nuestro país, si bien es posible encontrar diferentes estudios relativos al tema, tales como encuestas en población infantil y escolar, estudios en poblaciones especiales y de difícil acceso o de alto riesgo, así como sistemas de registro de información; específicamente el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) y el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID). Dichos registros no están actualizados o no tienen representatividad a nivel nacional, por lo tanto en este apartado se hará referencia principalmente a los datos presentados en las Encuesta Nacionales de Adicciones (ENA),² realizadas en el 2011 y 2008.

¹ Se incluirán las cifras referentes al alcohol, sustancia de tipo legal, ya que se considera importante conocer el impacto sanitario que tiene su consumo.

² Se eligió dicha encuesta debido a que es un tipo de estudio epidemiológico de carácter transversal que permite obtener una visión más completa de la situación del consumo de sustancias, en un momento y lugar determinados. “La ENA 2011 es una encuesta de hogares con representatividad nacional y para ocho regiones del país, en la que se encuentran representadas poblaciones rurales - con un número de habitantes menor o igual a 2,500-, urbanas –aquéllas con un número de habitantes entre 2,500 y 99,999- y metropolitanas –con 100 mil habitantes o más-. En la ENA 2011, al igual que en la ENA 2008, las localidades en donde más de la mitad de la población de 5 años en adelante hablaba solo alguna lengua indígena fueron excluidas. La adopción de este criterio se fundamenta en que el tema de las adicciones es considerado como sensible por lo que no es conveniente el uso de intérpretes o informantes sustitutos para la obtención de la información”

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD, 2006) el problema de las sustancias psicoactivas de tipo ilícito consta de tres elementos principales: el cultivo y la producción; el tráfico y la venta al por menor; y el consumo y el uso indebido. Sobre el eslabón intermedio de la cadena no se tiene información suficiente, pues vigilar el tráfico y la venta al por menor es de notoria dificultad, sin embargo, sobre el cultivo y el consumo sí existen datos.

Según el “Programa conjunto de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito y la Organización Mundial de la Salud para el tratamiento y la atención de la drogodependencia”, el consumo perjudicial y dependiente de sustancias psicoactivas constituyen un problema de salud pública³ cuyos efectos sobre el desarrollo y la seguridad son graves. Además, es uno de los 20 factores principales de riesgo para la salud en todo el mundo y uno de los 10 factores principales en los países desarrollados (ONUDD/OMS, 2010).

Este programa indica un cálculo de unos 205 millones de personas que consumen sustancias psicoactivas ilícitas en el mundo, de las que unos 25 millones presentan un problema de dependencia. Los trastornos relacionados con el consumo de tales sustancias se vinculan con un mayor riesgo de contraer otras enfermedades,⁴ como el VIH/ SIDA, la hepatitis, la tuberculosis y las enfermedades cardiovasculares, así como con un mayor riesgo de suicidio y muerte por sobredosis. Además, cuando se incluyen las actividades delictivas

(Villatoro, Medina, Fleiz, Téllez, Mendoza, Romero, Gutiérrez, Castro, Hernández, Tena, Alvear y Guisa, 2012: 11).

³“En su concepto actual, la salud pública se definiría como el esfuerzo organizado de la comunidad dirigido a proteger, fomentar y promocionar el bienestar de la población cuando está sana, y a restaurar y restablecer su salud cuando ésta se pierde y, en caso de necesidad, rehabilitar y reinsertar al enfermo, integrándolo de nuevo en su medio social, laboral y cultural” (Colom, 2002: 229).

⁴“El consumo de sustancias inyectables es una causa principal de transmisión del VIH y la hepatitis en muchas regiones. Aproximadamente 3 millones de consumidores de drogas inyectables son VIH positivos. Fuera de África subsahariana, el 30% de las infecciones del VIH en el mundo se debe a ese factor” (ONUDD/OMS, 2010:2).

relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, el costo económico puede representar en algunos países un 2% del Producto Interno Bruto (ONUDD/OMS, 2010).

Por su parte, datos de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en su Informe Mundial sobre las drogas 2012⁵ (ONUDD, 2012b), indican que se calcula que unos 230 millones de personas, que correspondería al 5% de la población adulta del mundo, consumieron alguna sustancia psicoactiva de tipo ilícito por lo menos una vez en 2010. Mientras que los consumidores problemáticos de sustancias psicoactivas de tipo ilícito suman unos 27 millones, que implicaría el 0,6% de la población adulta mundial. Lo cual significa que, en general, el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito parece haberse estabilizado en todo el mundo, aunque continúa aumentando en varios países en desarrollo (ONUDD, 2012b: 1):

El volumen de consumo mundial de drogas ilícitas se mantuvo estable durante cinco años hasta finales de 2010 entre el 3,4% y el 6,6% de la población adulta (personas de 15 a 64 años). Sin embargo, entre un 10% y un 13% de los usuarios de drogas siguen siendo consumidores problemáticos con drogodependencia y/o trastornos relacionados con el consumo de drogas; la prevalencia del VIH (estimada en aproximadamente un 20%), la hepatitis C (46,7%) y la hepatitis B (14,6%) entre los usuarios que se inyectan la droga continúa

⁵ Este informe cuenta con información acerca del consumo y tráfico de drogas a nivel mundial y se encuentra dividido en regiones; la región de América del Norte es en la que se sitúa México, junto con Canadá y Estados Unidos. Con relación a los datos sobre el cultivo y la producción, este informe señalaba que la producción mundial de opio había ascendido a 7.000 toneladas en 2011, lo cual constituía un aumento si se comparaba con el bajo nivel correspondiente a 2010, año en que una enfermedad vegetal causó la destrucción de casi la mitad de la cosecha de adormidera de opio en Afganistán, que sigue siendo el mayor productor del mundo. A pesar de lo anterior, en realidad dicha cifra se situaba más de una quinta parte por debajo de la cifra máxima alcanzada en 2007. Por su parte, la superficie total de cultivo del arbusto de coca en el mundo había disminuido en un 18% entre 2007 y 2010 y en un 33% desde 2000. No obstante, los esfuerzos por reducir el cultivo y la producción de las principales sustancias psicoactivas “problemáticas” derivadas de plantas, se han visto contrarrestados por un auge de la producción de sustancias sintéticas, incluido el aumento considerable de la producción y el consumo de sustancias psicoactivas no sujetas a fiscalización internacional, sin embargo los datos que se poseen relativos a su producción son escasos (ONUDD, 2012b).

sumándose a la carga mundial de morbilidad; y, por último, pero no por ello menos importante aproximadamente una de cada 100 muertes de adultos se debe al consumo de drogas ilícitas.

Este informe señalaba que a nivel mundial, las dos sustancias psicoactivas de tipo ilícito de mayor consumo continuaban siendo el cannabis (prevalencia anual mundial entre el 2,6% y el 5,0%) y los estimulantes de tipo anfetamínico, excluido el éxtasis (0,3% a 1,2%). Mientras que la prevalencia anual mundial correspondiente a la cocaína y a los opiáceos (opio y heroína) se había mantenido estable, respectivamente entre el 0,3% y el 0,4% y entre el 0,3% y el 0,5% de la población adulta de 15 a 64 años de edad (ONUDD, 2012b).

Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial, 2010				
	Prevalencia (%)		Número (miles)	
	Baja	Alta	Baja	Alta
Cannabis	2,6	5,0	119 420	224 490
Opioides	0,6	0,8	26 380	36 120
Opiáceos	0,3	0,5	12 980	20 990
Cocaína	0,3	0,4	13 200	19 510
Estimulantes de tipo anfetamínico	0,3	1,2	14 340	52 540
“Éxtasis”	0,2	0,6	10 480	28 120
Cualquier droga ilícita	3.4	6.6	153 000	300 000

Tabla 1. Prevalencia anual y número de consumidores de drogas ilícitas a nivel mundial, 2010. FUENTE: Informe Mundial sobre las drogas 2012 (ONUDD, 2012b: 1).

Indicaba también que la heroína, la cocaína y otras drogas cobraban la vida de aproximadamente 0,2 millones de personas cada año, sembrando devastación en las familias y causando sufrimiento a miles de otras personas, pues dichas sustancias socavan el desarrollo económico y social de las comunidades al fomentar la delincuencia, la inestabilidad, la inseguridad y la propagación del VIH (ONUDD, 2012b).

Los opioides siguen siendo el tipo de droga predominante en la demanda de tratamiento en Asia y Europa y también contribuyen notablemente a la demanda de tratamiento en África, América del Norte y Oceanía. El tratamiento relacionado con el consumo de cocaína está en demanda principalmente en América, mientras que el cannabis es la droga que da lugar a la mayor demanda de tratamiento en África. La demanda de tratamiento relacionada con el consumo de estimulantes de tipo anfetamínico es más común en Asia (ONUDD, 2012b).

Mención especial debe recibir el alcohol (el consumo de esta sustancia es legal en la mayoría de los países), cuya prevalencia anual fue del 42%, cifra que es ocho veces superior a la prevalencia anual del consumo de drogas ilícitas (5,0%). La prevalencia del consumo semanal episódico intenso de alcohol fue ocho veces superior al consumo problemático o dependiente de sustancias psicoactivas de tipo ilícito (ONUDD, 2012b).

Por su parte, la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, en el Informe del Uso de Drogas en Las Américas 2011 (CICAD, 2011), explicaba que la marihuana era la sustancia psicoactiva de tipo ilícito más consumida en el mundo, por lo que no era una excepción en el continente americano. De hecho, América del Norte representaba casi el 75% de los consumidores de marihuana en el continente americano, debido principalmente a una prevalencia más alta y al gran número de habitantes en Estados Unidos y Canadá. Sin embargo, en términos relativos, otras áreas geográficas, tales como el Cono Sur de Sudamérica (Argentina, Chile y Uruguay) y la región del Caribe mostraban también una alta prevalencia de consumo de esta sustancia (por ejemplo, Dominica, Santa Lucía y Granada):

En muchos países del Caribe, los estudiantes secundarios presentan mayor consumo de marihuana que de tabaco. En países donde los datos de tendencias están disponibles, estamos observando aumentos en el consumo de marihuana a través del tiempo entre los estudiantes secundarios. La prevalencia del consumo de marihuana no es la única preocupación. En los pocos países que poseen datos sobre el tratamiento de drogas, vemos que la marihuana representa una gran

parte de las admisiones a tratamiento de drogas. En los Estados Unidos ha habido un incremento sistemático de las admisiones a tratamiento por dependencia a la marihuana. La evidencia sugiere que esto puede estar relacionado al aumento en el porcentaje de THC1 (tetracannabinol) en la marihuana a través del tiempo (CICAD, 2011:3-4).

Dicho informe hacía énfasis en que el consumo de inhalables se está convirtiendo en un problema cada vez mayor “ya que los jóvenes buscan los medios para drogarse con sustancias legales y de fácil acceso” (CICAD, 2011: 4). Asimismo, el análisis de este informe indicaba que el uso de inhalables se había establecido firmemente entre los estudiantes de nivel secundaria en América Latina y el Caribe y ya no era considerado sólo como una sustancia psicoactiva consumida casi exclusivamente por niños en situación de calle. Lo que se observó fue que, a diferencia de los Estados Unidos y Canadá, donde el consumo de inhalables tiende a decaer alrededor de los catorce años, los estudiantes secundarios en América Latina y algunos países del Caribe parecen consumir estas sustancias en tasas más altas a medida que aumenta la edad (CICAD, 2011).

Con respecto al consumo de cocaína, este informe señaló que se había generalizado en toda América Latina y el Caribe, además de América del Norte. “Aproximadamente la mitad de los consumidores de cocaína en el mundo están en el continente americano, de estos el 70% se encuentran en América del Norte y el 27% se encuentran en América del Sur” (CICAD, 2011: 5). Exponía, además, que si bien el consumo de cocaína parecía estar disminuyendo entre los estudiantes de nivel secundaria en Estados Unidos, los pocos países de América del Sur con datos sobre tendencias al respecto indicaban que el consumo de cocaína entre estos estudiantes, se mantenía estable o tendía a aumentar. Asimismo, que en algunos países de América del Sur, el uso de cocaína en el último año había llegado a niveles similares a los encontrados en Europa. De mayor preocupación eran las tasas de consumo en el último mes, que eran más altas en algunos países de América del Sur y el Caribe que en los Estados Unidos (CICAD, 2011).

Tanto la ONUDD como el CICAD establecían en sus informes correspondientes que el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito se caracterizaba por una creciente gama de sustancias psicoactivas, además de una concentración entre los jóvenes de entre 18 y 25 años de edad –en particular hombres jóvenes de entornos urbanos-, “lo que indica la necesidad de vigilar de cerca a dicho grupo etario” (CICAD, 2011:2). Y aunque en muchos países desarrollados, los mercados establecidos de sustancias psicoactivas de tipo ilícito han mostrado señales de estabilización, “el aumento del consumo de drogas parece seguir siendo una constante en muchos países en desarrollo” (ONUDD, 2012b: 4).

En concordancia con los datos de la ONUDD, la Organización Mundial de la Salud explicaba que existía una disminución del consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito en países desarrollados y un aumento en países en vías de desarrollo. Según la OMS, el impacto del problema en países en vías de desarrollo, como México, es mucho más alto porque se tienen menos recursos de política social y de control social que permitan contender con un problema mundial (SSA, 2011).

Los datos pertenecientes al panorama nacional, basados en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011, exponen que con respecto al consumo de cualquier droga en el último año, la prevalencia pasó de 1.6% a 1.8%, incremento que “no se considera estadísticamente significativo”. En cuanto al consumo de drogas de tipo ilícito en la población total de 12 a 65 años, se observó un 1.5% “muy similar al encontrado en 2008” (Villatoro *et al*, 2012).

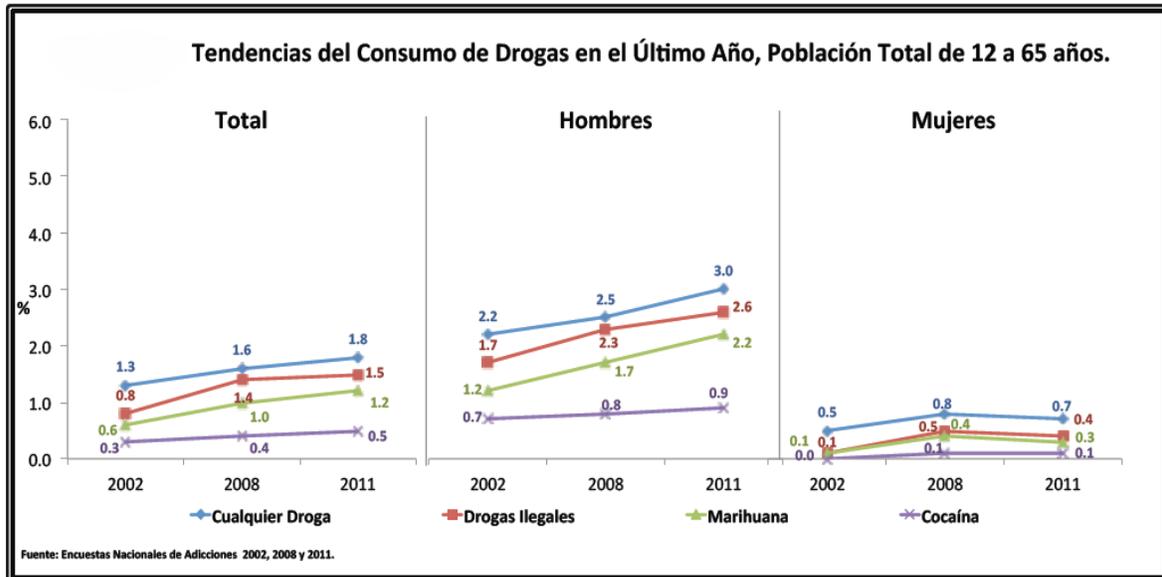


Figura 1. Tendencias del consumo de drogas en el último año, población total de 12 a 65 años.

FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Drogas (Villatoro *et al*, 2011: 11).

En la ENA 2011 se señala que la marihuana continúa siendo la droga ilegal de mayor consumo, con una prevalencia del 1.2%, se explica que si bien “no hubo un incremento estadísticamente significativo” en la población general con relación al encontrado en 2008, sí se dio en la población masculina, en la cual el consumo pasó de 1.7% a 2.2%. La marihuana es seguida por la cocaína, sustancia que presenta una prevalencia de 0.5%, “similar a la encontrada en el 2008”. Por otra parte, el consumo en el último año de las demás sustancias psicoactivas de tipo ilegal “sigue siendo mínimo”, abajo del 0.2% (Villatoro *et al*, 2012).

La prevalencia de dependencia en el consumo de drogas de tipo ilícito en la población de 12 a 65 años durante el último año es del 0.7%, “muy similar a la que se tenía en el 2008”. En términos del crecimiento poblacional, hubo un aumento de 100,000 personas como dependientes en este período (pasó de 450, 000 en el 2008 a 550,000 en el 2011). La población más afectada por la dependencia en el consumo de drogas ilegales son los hombres (1.3%), en comparación con las mujeres (0.2%). Las drogas de preferencia siguen siendo la marihuana (2.2%

hombres con un incremento significativo, y 0.3% mujeres) y la cocaína en los hombres (0.9%) (Villatoro *et al*, 2012: 26).

	Encuestas Nacionales de Adicciones			
	2002 %	2008 %	2011 %	2011 IC 95%
Total				
Mariguana	0.6	1.0	1.2	0.957-1.461
Cocaína**	0.3	0.4	0.5	0.351-0.643
Crack	***	0.1	0.1	0.033-0.193
Alucinógenos	***	0.1	0.1	0.010-0.146
Inhalables	0.1	0.1	0.1	0.049-0.194
Estimulantes tipo anfetamínico	***	0.1	0.2	0.068-0.233
Cualquier droga ilegal	0.8	1.4	1.5	1.229-1.782
Cualquier droga	1.3	1.6	1.8	1.529-2.120

**Cocaína también incluye crack.

***El porcentaje obtenido es menor a 0.1

**Tabla 2. Tendencia de consumo de drogas en el último año.
Población total de 12 a 65 años.
FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Villatoro *et al*, 2012: 11).**

	Encuestas Nacionales de Adicciones			
	2002 %	2008 %	%	2011 IC 95%
Hombres				
Mariguana	1.2	1.7	2.2 ²	1.717-2.657
Cocaína**	0.7	0.8	0.9	0.636-1.211
Crack	***	0.2	0.2	0.055-0.379
Alucinógenos	***	0.1	0.1	0.005-0.275
Inhalables	0.2	0.2	0.2	0.066-0.336
Estimulantes tipo anfetamínico	0.1	0.2	0.2	0.103-0.346
Cualquier droga ilegal	1.7	2.3	2.6	2.126-3.147
Cualquier droga	2.2	2.5	3.0	2.435-3.516

**Cocaína también incluye crack.

***El porcentaje obtenido es menor a 0.1

**Tabla 3. Tendencia de consumo de drogas en la población masculina en el último año.
Población total de 12 a 65 años.**

FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Villatoro *et al*, 2012: 11).

	Encuestas Nacionales de Adicciones			
	2002 %	2008 %	%	2011 IC 95%
Mujeres				
Mariguana	0.1	0.4	0.3	0.084-0.502
Cocaína**	***	0.1	0.1	0.027-0.169
Crack	--	***	***	---
Alucinógenos	***	***	***	---
Inhalables	***	***	***	---
Estimulantes tipo anfetamínico	***	0.1	0.1	---
Cualquier droga ilegal	0.1	0.5	0.4	0.200-0.692
Cualquier droga	0.5	0.8	0.7	0.470-1.023

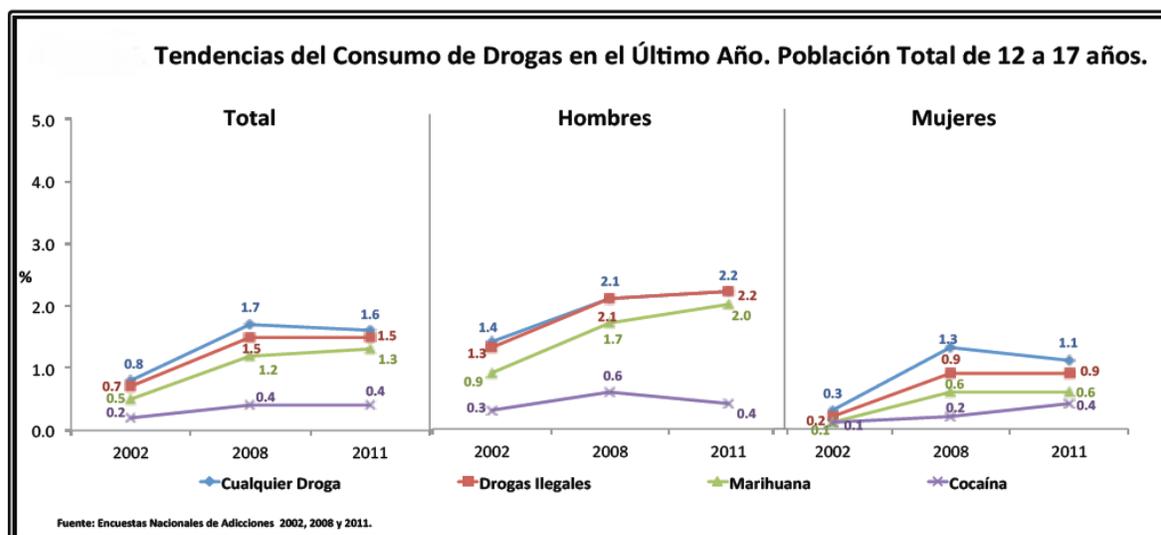
**Cocaína también incluye crack.

***El porcentaje obtenido es menor a 0.1

**Tabla 4. Tendencia de consumo de drogas en la población femenina en el último año.
Población total de 12 a 65 años.**

FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Villatoro *et al*, 2012: 11).

En relación a los datos expuestos pertenecientes a las prevalencias de consumo de drogas en el último año en el grupo etario de 12 a 17 años, la ENA 2011 establece que éstas “son bajas”; el consumo de cualquier droga es de 1.6% y de 1.5% para cualquier droga ilegal. En comparación con la ENA 2008, las prevalencias se mantienen iguales. Como sucedió en la población adulta, se observa que en este grupo el consumo de marihuana es el que posee una prevalencia más alta (1.3%), seguido por el de cocaína (0.4%) e inhalables (0.3%). En todos los casos, “las prevalencias se mantienen iguales con relación al 2008”⁶ (Villatoro *et al*, 2012).



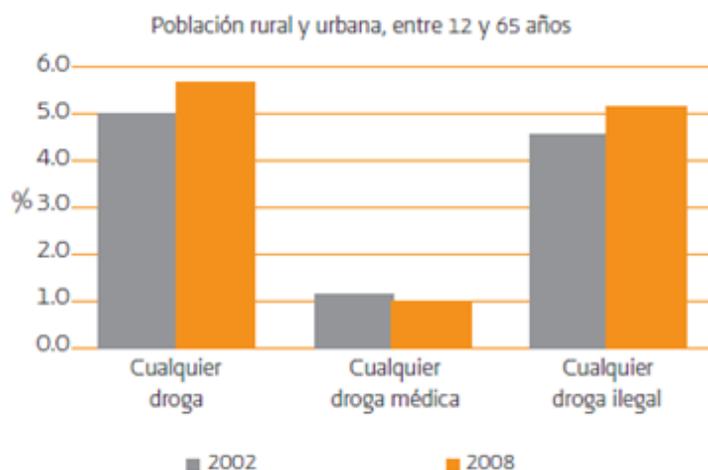
**Figura 2. Tendencias del consumo de drogas en el último año.
Población total de 12 a 17 años.**

FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Drogas (Villatoro *et al*, 2011:35).

⁶ Llama la atención que en los datos expuestos en la más reciente encuesta sobre el tema del consumo perjudicial y dependiente de sustancias psicoactivas realizada en nuestro país, constantemente se haga alusión a que las prevalencias se mantuvieron en los mismos niveles observados en la ENA llevada a cabo en 2008, en el caso del aumento de la prevalencia se hace énfasis en que éste no es estadísticamente significativo. Si bien no se considera significativo a nivel estadístico, no se puede negar que se dio un aumento en la prevalencia de sustancias como la marihuana y la cocaína.

Por su parte, los datos pertenecientes a la ENA 2008 exponían un aumento en el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito y médicas en nuestro país, en comparación con la realizada en 2002, pasando de un 5% en 2002 a un 5.7% en 2008. El consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito había aumentado de 4.6 a 5.2% y el consumo de drogas médicas usadas fuera de prescripción había mantenido los niveles de 2002. Si bien el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito había sido mayor en los hombres (en una proporción de 4.6 hombres por cada mujer), el índice de crecimiento fue mayor en las mujeres; entre las cuales el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito se había duplicado, aumentando de 1% en 2002 a 1.9% en 2008, mientras que el consumo en hombres se incrementó de 8 a 8.8% (SSA, 2008).

**Encuestas Nacionales de Adicciones.
Tendencias 2002-2008. México, ENA 2008**



**Figura 3. Tipo de droga en la población rural y urbana, entre 12 y 65 años.
FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (SSA, 2008: 41).**

Encuestas Nacionales de Adicciones.
Tendencias 2002-2008. México, ENA 2008

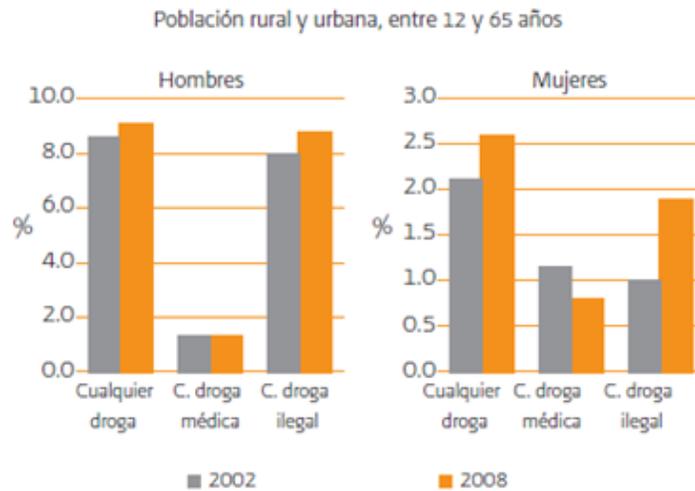


Figura 4. Consumo de drogas por género, población rural y urbana, entre 12 y 65 años.
FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (SSA, 2008: 41).

Asimismo, se observó que la marihuana y la cocaína eran las sustancias preferidas por la población. El consumo de la primera había aumentado de 3.5 a 4.2%, mientras que el aumento en el consumo de cocaína había sido mayor: pasó de 1.2% en 2002 a 2.4% en 2008, es decir, se había duplicado entre ambas mediciones (SSA, 2008).

Encuestas Nacionales de Adicciones.
Tendencias 2002-2008. México, ENA 2008

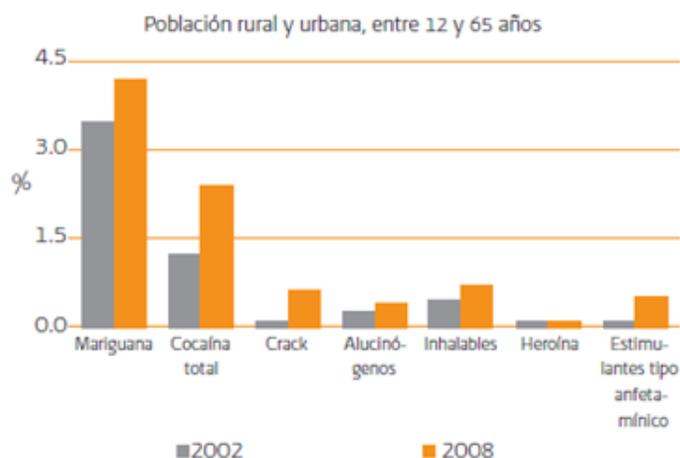


Figura 5. Tipo de droga en la población rural y urbana, entre 12 y 65 años. Tendencias 2002-2008.

FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (SSA, 2008: 42).

De acuerdo con la ENA 2008, la mariguana había ocupado los primeros lugares de preferencia entre la población desde la primera encuesta nacional de 1988. La cocaína había mostrado variaciones importantes y había desplazado a los inhalables en las preferencias de la población desde finales de los años ochenta e inicios de los noventa, cuando apareció en el mercado nacional. Desde entonces, había mostrado fluctuaciones importantes: el crecimiento acelerado que mostró en los años noventa se había nivelado y había disminuido ligeramente hacia el final del siglo pasado para volver a repuntar en esta década (SSA, 2008).

El consumo de otras sustancias psicoactivas de tipo ilícito había mostrado índices muy inferiores. Sin embargo, también ocurrieron incrementos importantes, como en el caso del crack y las metanfetaminas, cuyo consumo aumentó seis veces. En contraste, el crecimiento de los alucinógenos no se consideró significativo, mientras que los inhalables, que habían mostrado una tendencia hacia el decremento, volvieron a repuntar (SSA, 2008).

Encuestas Nacionales de Adicciones. Tendencias 1988-1998-2002-2008. México, ENA 2008

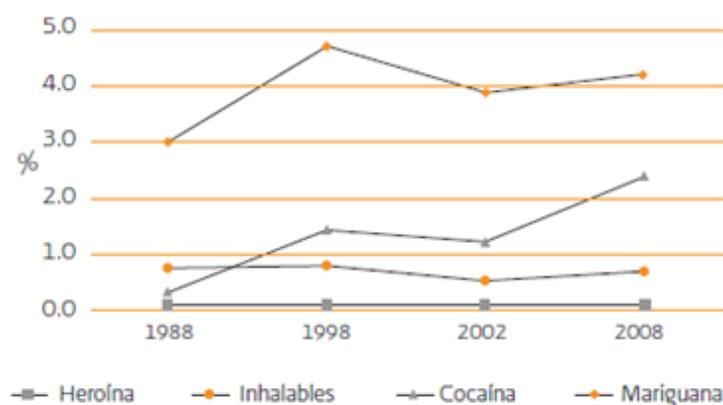


Figura 6. Tipo de droga. Tendencias 1988-1998-2002-2008.
FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (SSA, 2008: 42).

Con respecto al alcohol, los datos expuestos en la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 indican que de 2002 a 2011 se observó un crecimiento significativo en la prevalencia alguna vez en la vida (pasó de 64.9% a 71.3%) y en la prevalencia en los últimos doce meses (pasó de 46.3% a 51.4%). Sin embargo, el crecimiento proporcionalmente mayor se presentó en la prevalencia del último mes (pasó de 19.2% a 31.6%). En cuanto a los datos presentados por sexo, la ENA 2011 mostró la misma tendencia de 2002 a 2011, así la prevalencia alguna vez en la vida en los hombres creció de 78.6% a 80.6% y en las mujeres de 53.6% a 62.6%. Mientras que la prevalencia del último año en las mujeres pasó de 34.2% a 40.8%; en los hombres el incremento se registró entre 2008 y 2011 (55.9% a 62.7%). Por último, la prevalencia del último mes entre 2002 y 2011 aumentó en los hombres de 33.6% a 44.3% y en las mujeres de 7.4% a 19.7% (Villatoro *et al*, 2012).

Asimismo, se observaron variaciones importantes de 2002 a 2011 por patrón de consumo, ya que el consumo diario disminuyó (1.4% a 0.8%), mientras que el índice de bebedores consuetudinarios fue similar (5.6% a 5.4%). Sin embargo, el

porcentaje de dependencia se incrementó significativamente (4.1% a 6.2%). Es importante señalar que el índice de consumidores altos se mantuvo estable entre 2008 y 2011 (32.0% y 32.8%). Por sexo, las tendencias son muy similares en el periodo de 2002 a 2011, en el cual la dependencia aumentó en los hombres (8.3% a 10.8%) y en las mujeres se triplicó (0.6% a 1.8%). El consumo consuetudinario en los hombres se mantuvo estable (9.7% y 9.6%) y en las mujeres disminuyó (2.3% a 1.4%). El consumo diario también se redujo (Villatoro *et al*, 2012).

Tendencias del Consumo de Alcohol. Población Total de 12 a 65 años

	Encuestas Nacionales de Adicciones			
	2002	2008	2011	
Total		%	%	IC 95%
Consumo Alguna Vez	64.9	61.3	71.3	70.071-72.609
Consumo Último Año	46.3	44.1	51.4	50.017-52.731
Consumo Último mes	19.2	27.3	31.6	30.355-32.799
Consumo alto	NC	32.0	32.8	31.498-34.108
Consumo diario	1.4 ⁴	.9	.8	0.590-0.964
Consuetudinarios	5.6	6.1	5.4	4.806-5.956
Dependencia	4.1	5.0	6.2	5.553-6.754
Hombres				
Consumo Alguna Vez	78.6	72.3	80.6	79.286-81.990
Consumo Último Año	61.1	55.9	62.7	60.836-64.538
Consumo Último mes	33.6	38.8	44.3	42.445-46.094
Consumo alto	NC	45.0	47.2	45.348-49.070
Consumo diario	2.5	1.6	1.4	1.055-1.792
Consuetudinarios	9.7	10.5	9.6	8.539-10.694
Dependencia	8.3	8.5	10.8	9.672-11.981
Mujeres				
Consumo Alguna Vez	53.6	51.0	62.6	60.804-64.458
Consumo Último Año	34.2	33.2	40.8	38.959-42.598
Consumo Último mes	7.4	16.6	19.7	18.378-20.999
Consumo alto	NC	19.9	19.3	17.876-20.743
Consumo diario	.4	.3	.2	0.057-0.287
Consuetudinarios	2.3	2.1	1.4	1.066-1.762
Dependencia	.6	1.8	1.8	1.368-2.187

NC: No comparable⁷

⁷Las cifras en rojo indican que en ese indicador y encuesta el valor es mayor al encontrado en la ENA 2011. De manera inversa, donde la cifra es de color verde, se indica que el valor es significativamente menor que en la ENA 2011. El índice de consumo alto no se agregó en la ENA2002, debido a que la definición de este indicador cambió a nivel internacional. En 2002, las y los bebedores altos eran los que habían consumido 5 copas o más, en la ENA 2008 y 2011 en las mujeres el consumo alto es a partir de 4 copas o más de alcohol y en los hombres se mantiene en 5 copas o más (Villatoro *et al*, 2012: 23).

Tabla 5. Tendencias del consumo de drogas en el último año, población total de 12 a 17 años.

FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2011. Alcohol (Villatoro *et al*, 2011: 23).

Por su parte, los resultados de la ENA 2008, con referencia al alcohol, confirmaban lo que se había observado en encuestas previas: el patrón de consumo típico es de grandes cantidades por ocasión de consumo; 8 de cada 1 000 personas informaron consumir todos los días, en una proporción de 7.5 hombres por cada mujer. En total, casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años bebían con este patrón y presentaban frecuencias de consumo que oscilaban entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones bebían grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios).

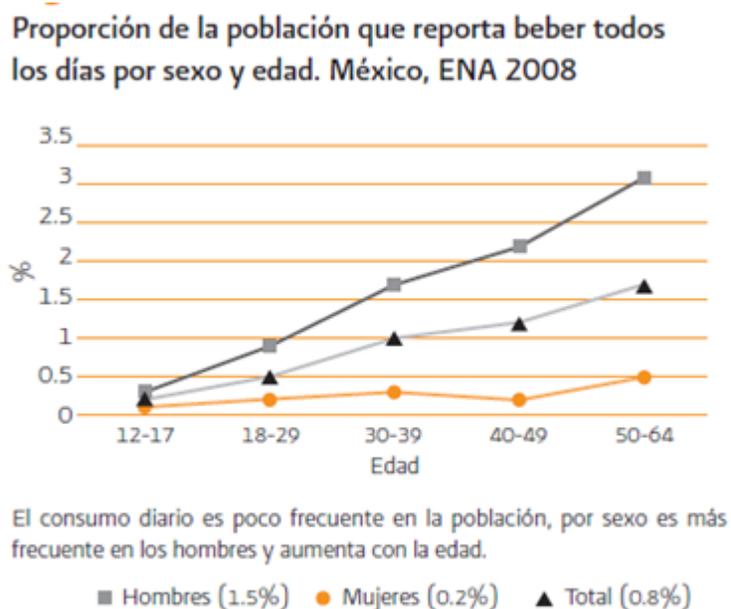


Figura 7. Proporción de la población que reporta beber todos los días por sexo y edad, 2008.

FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (SSA, 2008: 62).

De acuerdo con la ENA 2008, la proporción de la población que presentaba abuso/dependencia al alcohol era muy elevada. Poco más de cuatro millones de

mexicanos cumplía con los criterios para este trastorno; de estos, tres y medio millones eran hombres y poco más de medio millón eran mujeres.



Figura 8. Proporción de la población que cumple con el criterio de abuso/dependencia, 2008.

FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (SSA, 2008: 62).

En la ENA 2008, el consumo consuetudinario fue más frecuente entre hombres que entre mujeres, en una proporción de 5.8 hombres por cada mujer. Entre ellas, sin embargo, se observó que este patrón de consumo está aumentando, especialmente entre las adolescentes. La diferencia entre mujeres adultas y adolescentes (una mujer entre 12 y 17 años, por cada 1.9 mujeres adultas mayores de 18 años) fue menor que la que se observó entre los hombres (un adolescente entre 12 y 17 años por cada cinco adultos mayores de 18 años).

Tanto en hombres como en mujeres, el grupo de edad que muestra los niveles más altos de consumo es el de 18 a 29 años. Los niveles descienden después conforme aumenta la edad. Los resultados indicaban que la población adolescente estaba copiando los patrones de consumo de la población adulta.

Proporción de hombres (5+ copas por ocasión) y mujeres (4 + copas por ocasión) que beben altas cantidades.
México, ENA 2008



- El patrón normal de consumo es de altas cantidades por ocasión de consumo.
- La población adolescente copia los patrones de consumo de la población adulta.
- Las diferencias entre hombres y mujeres son menos marcadas entre los menores de edad.

Figura 9. Proporción de hombres y mujeres que beben altas cantidades, 2008.
FUENTE: Encuesta Nacional de Adicciones 2008 (SSA, 2008: 62).

Por otra parte, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA),⁸ reportó en 2009⁹ que las principales sustancias que motivaron la demanda de tratamiento en Centros de Integración Juvenil (CIJ), fueron: alcohol (19.9%), cocaína (12.5%), marihuana (15.6%), inhalables (14.1%), tabaco (10.2%), estimulantes (3.9%). Las sustancias psicoactivas de tipo ilícito de mayor consumo entre los hombres fueron la marihuana y la cocaína, a diferencia de las mujeres que reportaron un mayor consumo de depresores (57.0%) y de drogas de diseño (40.0%) (SSA, 2009).

⁸ El Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Adicciones (Secretaría de Salud y Dirección General de Epidemiología), realiza una medición del consumo de sustancias psicoactivas en distintas áreas, incluyendo a Centros de Tratamiento y a los Centros de Integración Juvenil (Villatoro *et al*, 2012)

⁹ Último año que presenta un informe en la base de datos pública.

De acuerdo con los datos del Consejo Tutelar de Menores Infractores (CTM),¹⁰ los delitos más cometidos por estos menores durante este periodo fueron el robo (72.1%), seguido de la posesión de armas (33.5%), y el 24.3% lo cometió bajo la influencia de alguna sustancia. También señala que 3 mil 597 (68.1%) de los menores infractores refirieron el consumo habitual de drogas, siendo la marihuana la sustancia de mayor consumo (35.0 %), seguida del alcohol (29.8 %) y el tabaco (27.3%) (SSA, 2009).

El Servicio Médico Forense (SEMEFO),¹¹ reportó que del total de defunciones relacionadas con algún tipo de sustancia en el 2009, el 92.1% fueron de hombres, el grupo de edad donde se reportó un número mayor de muertes asociadas a sustancias fue el de mayores de 40 años (30.4%). Las causas más comunes de defunciones bajo intoxicación fue debido a arma de fuego (33.3%), accidentes de tránsito (17.2%), y asfixia (10.2%). Los lugares donde ocurrieron las defunciones

¹⁰ “Conforme a la ley que crea los Consejos Tutelares de Menores Infractores del Distrito y territorios Federales. El CTM es un Instituto de carácter público tendiente a prevenir la delincuencia y tiene como objetivo promover la readaptación social, a través del estudio de la personalidad, la aplicación de medidas correctivas y de protección y vigilancia del tratamiento a menores de 18 años. El CTM interviene cuando los menores infringen las leyes penales o los reglamentos de policía y buen gobierno y manifiesten una forma de conducta en la que se presuma una inclinación a causar daños a sí mismos, a su familia o la sociedad, y por lo tanto ameriten la intervención preventiva del consejo. La información que recopila el SISVEA, está relacionada con el objetivo de los CTM ya que permite conocer el perfil sociodemográfico y el patrón de consumo de sustancias adictivas legales o ilegales de los menores que ingresen al CTM, lo cual es muy importante ya que se puede considerar para el reforzamiento del tratamiento de los menores infractores” (SSA, 2009: 45).

¹¹ “Conforme al manual de organización del Servicio Médico Forense, el objetivo del SEMEFO es auxiliar a los órganos encargados de la procuración e impartición de justicia, en los procesos administrativos y judiciales que ante ellos se tramitan, con la realización de estudios de carácter médico forense, de identificación de cadáveres, químico toxicológicos, histopatológicos, genéticos, antropométricos, odontológicos, dactiloscópicos, entomológicos y valoraciones psiquiátricas y psicológicas. Asimismo promover programas de colaboración e intercambio técnico o científico con otras instituciones similares o de investigación y enseñanza. Es relevante obtener información sobre el perfil sociodemográfico y la relación entre la causa de muerte y el consumo de sustancias (drogas), de los fallecidos que llegan al Servicio Médico Forense, para mantener actualizado un diagnóstico de las adicciones, que permita apoyar en las acciones de prevención, control e investigación, así como conocer sus repercusiones en la población. Es por ello que se cuenta con la participación del SEMEFO como fuente de información en el SISVEA” (SSA, 2009: 48).

con mayor frecuencia fueron la calle (50.4%) y el hogar (22.4%). Se registró un total de 564 personas (3.4%) que llegaron bajo la influencia de alguna droga al Servicio de Urgencias Hospitalarias, mientras que 6 mil 560 (39.9%) personas reportaron haber consumido alguna sustancia en los últimos 30 días (incluye tabaco) (SSA, 2009).

Al considerar el impacto del consumo de sustancias psicoactivas asociado a los actos delictivos, según los datos reportados por el Sistema Nacional de Seguridad Pública, durante el 2009 a nivel nacional, se cometieron 1 millón 678 mil 087 delitos del fuero común, registrando un aumento del 4.23% respecto al año anterior (1 millón 607 mil 032). A nivel nacional, el 60 % de los delitos son cometidos por personas que han consumido estupefacientes y/o alcohol (SSA, 2011).

Respecto a los problemas más frecuentes que reportan los usuarios de sustancias antes del consumo y después del mismo son: “Familiar”: 10.5% y 59.7% respectivamente; “Orgánico”: 1.1% y 28.9% y “Psicológico” 4.6% y 28.8%. (p. 1.26). Los problemas específicos más reportados dentro del rubro “Familiar” antes del inicio son: disgregación o desintegración familiar: 35.1% y conflictos familiares: 31.8%. Después del inicio: conflictos familiares: 61.7% y disgregación familiar: 12.3%(p. 1.28-1.30) (SRID, 2011).¹² Cabe señalar que los usuarios perciben en general, que el número de problemas asociados al consumo es menor antes del inicio del consumo de sustancias.

De acuerdo con el Consejo Nacional para la Prevención de Accidentes, 24 000 personas mueren al año en México por accidentes de tránsito, 28 % de éstas son jóvenes hombres de entre 15 y 29 años, mientras el 6 % son mujeres en el mismo rango; sin embargo, se observa un crecimiento alarmante con respecto a la

¹² Estos datos corresponden sólo al área metropolitana, población estudiada por el Sistema de Reporte de Información en Drogas.

mortalidad femenina por accidentes asociados al consumo de alcohol. Los accidentes de tráfico son la primera causa de muerte en niños y jóvenes (5-35 años). Entre el 40 y 60 % de los accidentes mortales están relacionados al consumo de alcohol (CENAPRA, 2012).

Con base en las cifras presentadas, se aprecia que a nivel mundial el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito parece haberse estabilizado en los últimos años, sin embargo en los países en desarrollo se encuentra en aumento. Tal es el caso de México, país en el que de acuerdo con las dos últimas encuestas nacionales de adicciones se observó un incremento en el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, que si bien no es considerado representativo a nivel estadístico, esto no significa que deba ignorarse. Además, se advirtió que en nuestro país el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito es mayor en los hombres, pero el índice de crecimiento es mayor en las mujeres. Se observó también que la marihuana y la cocaína son las sustancias preferidas por la población, sobre todo, entre los jóvenes.

Finalmente se pudo observar que el consumo de alcohol, sustancia de tipo legal, tiene una alta prevalencia a nivel mundial; en 2010 su prevalencia anual fue ocho veces mayor a la de las sustancias psicoactivas de tipo ilícito, lo cual tiene un impacto importante en la salud pública. Se advirtió que en nuestro país, de acuerdo con la ENA 2011, el consumo de alcohol presentó un aumento de la proporción de personas adultas entre 18 y 65 años; tendencia que se observó tanto en hombres como en mujeres. Este mismo crecimiento se encontró en la población adolescente entre 12 y 17 años, con más bebedores tanto en hombres como en mujeres.

CAPÍTULO II. Representaciones sociales y términos asociados al tema de la farmacodependencia

Introducción

Este primer capítulo quedará dividido en dos partes, en la primera se abordará la cuestión de las representaciones sociales, las cuales permitirán entender que un fenómeno como la farmacodependencia¹³ –así como la figura vinculada al mismo, es decir, el usuario o consumidor¹⁴ y el concepto fármaco-,¹⁵ al ser construcciones sociales han adoptado connotaciones diversas a lo largo del tiempo, en las que se mezclan nociones provenientes del ámbito médico, jurídico e incluso moral.

En una segunda parte, se presentarán los términos asociados al tema de la farmacodependencia, con base en las definiciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud, la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), así como los provenientes de la perspectiva psicológica. A partir de estas concepciones contrastaremos los términos establecidos por la *Ley General de Salud* (Últimas Reformas DOF 07-06-2012) y el *Código Penal Federal* (Últimas Reformas DOF 14-06-2012), ya que suponemos que en éstos se basan las

¹³En la presente investigación se utilizará el término de farmacodependencia expresado en la Ley General de Salud y el Código Penal Federal, para hacer alusión a la categoría de síndrome de dependencia dada por la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* décima revisión (CIE 10), así como a la definición usada en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* cuarta edición (DSM-IV), en lo que este denomina como dependencia de sustancias.

¹⁴En la literatura es posible encontrar una diversidad de expresiones asociadas a este concepto, entre las que se incluyen: farmacodependiente, adicto, drogadicto, yonki y vicioso. Para fines prácticos, en la presente investigación se utilizará el término “usuario” o “consumidor de sustancias psicoactivas” en las situaciones en las que su consumo no sea dependiente, en caso contrario se hará uso del término “farmacodependiente”.

¹⁵En concordancia con los convenios y tratados internacionales que hacen referencia a dichas sustancias, en esta investigación se utilizará alternadamente el término de “sustancia psicoactiva” y el de “droga”. Principalmente se hará referencia a aquellas cuyo uso ha sido descrito como ilícito por las regulaciones impuestas a través de los convenios internacionales, es decir, las drogas de tipo ilícito o drogas ilegales.

políticas públicas¹⁶ federales que abordan el tema, tanto en el aspecto de reducción de la demanda como en el tema del control de la oferta de sustancias psicoactivas.

2.1. Representaciones sociales

La psicología social concibe a las representaciones sociales como:

Imágenes y los modelos explicativos que un determinado grupo social posee de algún fenómeno o contenido de su realidad y que constituyen una herramienta conceptual que posibilita establecer un nexo entre el individuo, la cultura y la historia, es decir, entre la subjetividad y la vida social de los seres humanos (Botero, 2008: 36).

Este término de representaciones sociales fue introducido en 1961 por Serge Moscovici, en su obra *El psicoanálisis, su imagen y su público*. Moscovici estudió cómo las personas construyen y son construidas por la realidad social y propuso una teoría cuyo objeto de estudio es el conocimiento del sentido común enfocado desde una doble vía: desde su producción en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad (Araya, 2007).

Moscovici retomó del trabajo intelectual de Durkheim¹⁷ el constructo de “representación colectiva”,¹⁸ el cual reelaboró y redefinió como “representación social”, es decir:

¹⁶ Aunque existen una diversidad de descripciones al respecto, como la que señala Iván Rementería (2001: 29), “las políticas públicas son la ejecución de la voluntad general – alcanzada por consenso o impuesta- para administrar o controlar una conducta personal o colectiva y el uso de bienes y servicios, estableciendo propósitos colectivos y aún instaurando o eliminando costumbres. La concreción de esta voluntad general es el conjunto normativo de leyes que regulan las relaciones entre las personas, las instituciones y las cosas”. Se trabajará a partir de la que señala que una política pública es “toda acción impulsada y desarrollada por el Estado en sus distintos niveles (central, autonómico y local) y en sus distintas ramas (ejecutivo, legislativo y judicial”. (Fernández y Fernández, 2009: 25), una vez que se ha considerado la necesidad de intervención en un ámbito concreto de actuación. Se puede decir entonces, de manera muy sucinta, que una política pública es lo que el gobierno decide hacer –o no hacer- con respecto a una problemática específica.

Una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos (...) La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (Moscovici, 1986: 17-18).

Según Nuño, Álvarez, González y Madrigal de León (2006), las representaciones sociales de Moscovici, a diferencia de las representaciones colectivas de Durkheim, carecen de ese carácter restringido e inflexible del concepto original, ya que son dinámicas, circulan libremente, poseen plasticidad y su origen es claramente identificable, además son construidas y compartidas socialmente.¹⁹ Para Moscovici (1986: 33):

¹⁷ Emile Durkheim es el pionero de la noción de representación. Este autor acuñó el concepto de representaciones colectivas para designar el fenómeno social a partir del cual se construyen las diversas representaciones individuales. “Las primeras son variables y efímeras, en tanto las segundas son universales, impersonales y estables, y corresponden a entidades tales como mitos, religiones y arte, entre otras” (Araya, 2007: 27).

¹⁸ A pesar de que Durkheim no consideró necesario en algún momento precisar a fondo el término de representaciones colectivas, lo cual puede ser explicado porque el significado de esta palabra se sobreentendía en el medio intelectual en el que él se desarrolló y en dónde la palabra era de uso común, estableció que (siguiendo en esto a Wilhelm Wundt), las representaciones “designan todo contenido mental, en el que caben las sensaciones, las percepciones, las imágenes y los conceptos (...) la representación es, entonces, el atributo más general de los estados mentales” (Ramírez Plascencia, 2007: 23), cuyo marco de estructuración es la colectividad social, la cual entiende como “un conjunto relativamente preciso y organizado de fenómenos mentales que, en su opinión, son compartidos por el promedio de miembros de una sociedad” (Ramírez Plascencia, 2007: 26). Si bien no aportó una definición como tal, es posible apreciar que sus análisis sobre las representaciones colectivas están enfocados en establecer diferencias con respecto a las representaciones individuales, explicando que lo colectivo no podía ser reducido a lo individual, puesto que la conciencia colectiva trasciende a los individuos como una fuerza coactiva, que puede ser visualizada en los mitos, la religión, las creencias y demás productos culturales colectivos (Mora, 2002).

¹⁹ “Mientras que las representaciones colectivas, de acuerdo con la concepción clásica de Durkheim, son un término explicativo que designa una clase general de conocimientos y creencias (ciencia, mitos, religión, etc.), desde nuestro punto de vista, son fenómenos ligados con una manera especial de adquirir y comunicar conocimientos, una manera que crea la realidad y el sentido común. Enfatizar esta diferencia fue mi propósito al sustituir el “colectiva” de Durkheim por “social” (...) Las representaciones colectivas han cedido el lugar a las representaciones sociales. Vemos fácilmente porqué. De un lado hacía falta tomar en cuenta una diversidad de origen, tanto en los individuos como en los grupos. Del otro lado, era necesario desplazar el acento hacia la

Las representaciones sociales son conjuntos dinámicos, su característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, es una acción que modifica a ambos y no una reproducción de estos comportamientos o relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior dado.

A mediados de la década del setenta, las proposiciones de Moscovici²⁰ son retomadas por diversos autores, entre los que sobresalen Denise Jodelet y Robert Farr. Denise Jodelet indica que el campo de representación designa al saber de sentido común que se elabora y comparte socialmente. A partir de las experiencias de la vida cotidiana, pero también de la información recibida por parte de los medios de comunicación masiva y de la escuela, así como de los modelos de pensamiento transmitidos por medio de la tradición. El contenido de este saber de sentido común hace manifiesta la operación de ciertos procesos con carácter social. Esta forma de pensamiento social permite comprender y explicar los hechos que suceden en nuestro entorno y actuar en consecuencia:

Las representaciones sociales son la manera en que nosotros sujetos sociales, aprehendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo o lejano. En pocas palabras el conocimiento “espontáneo”, ingenuo (...) que habitualmente se denomina conocimiento de sentido común o bien pensamiento natural por oposición al pensamiento científico (...) Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno (...) actuar

comunicación que permite converger sentimientos e individuos, de suerte que algo individual puede devenir social, o viceversa. Al reconocer que las representaciones son al mismo tiempo generadas y adquiridas, le quitamos ese lado preestablecido, estático que ellas tenían en la visión clásica. Lo que cuenta no son los substratos sino las interacciones. De allí la observación enteramente exacta acerca de que lo que permite calificar de sociales las representaciones, es menos sus soportes individuales o grupales que el hecho de que ellas sean elaboradas en el curso del proceso de intercambios y de interacciones” (Moscovici en Araya, 2002: 8-9).

²⁰ Una de las críticas más severas que ha recibido el concepto de representación social es que Moscovici se haya negado a ofrecer una definición inequívoca del significado de este concepto. Moscovici indica que una definición operacional resultaría perjudicial para la evolución de la teoría, ya que restringiría la comprensión de un constructo cuyo significado rebasa por mucho cualquier intento de definición. Al no estar encasillado el concepto tiene la posibilidad de desarrollarse y fortalecerse (Nuño *et al*, 2006).

sobre y con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo, saber lo que significan los descubrimientos de la ciencia y el devenir histórico para la conducta de nuestra vida, etcétera (Jodelet, 1986: 473).

Por su parte, Robert Farr (1983: 655) establece que las representaciones sociales “aparecen cuando los individuos debaten temas de interés mutuo o cuando existe repercusión de los acontecimientos seleccionados como significativos o dignos de interés por quienes tienen el control de los medios de comunicación”. Agrega que las representaciones sociales tienen una doble función, hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible, ya que lo insólito o lo desconocido son amenazantes cuando no se tiene una categoría para clasificarlos.

Para María Auxiliadora Banchs (1986), las representaciones sociales constituyen al mismo tiempo un enfoque y una teoría. Es decir, como una particular forma de conocimiento cuya producción se da en el plano social e intelectual y como forma de construcción social de la realidad; como una estrategia de adquisición y comunicación del mismo conocimiento, por lo tanto, son una forma de reconstrucción mental de la realidad generada en el intercambio de informaciones entre sujetos.

Aprovechando estos indicadores, Banchs (1986) elabora una interpretación de la idea de representación social, mostrándola como una forma del conocimiento de sentido común que caracteriza a las sociedades modernas que se encuentran expuestas de manera constante por la información que los medios de comunicación divulgan. Las representaciones sociales siguen, por tanto, una lógica propia que es diferente, pero no inferior, a la lógica científica y que encuentran su expresión propia en un lenguaje cotidiano de cada grupo social.

Una vez expresado lo anterior, se puede decir sucintamente que las representaciones sociales son un conocimiento de sentido común o epistemología popular formada por el conjunto sistemático de valores,²¹ nociones, creencias, actitudes y estereotipos.²² Es decir, ideas, saberes e imágenes simbólicas propios de un determinado contexto sociocultural; categorías que se han construido y adquirido sociohistóricamente y que son compartidos por un grupo de pertenencia o afiliación. Las cuales organizan el pensamiento del colectivo social, permitiendo que los miembros de dicho grupo interpreten su realidad, así como orientarse en el contexto donde están inmersos y dominarlo, comunicarse, actuar, explicar eventos relevantes y fijar su identidad social (Moscovici, 1986; Jodelet, 1986; Botero, 2008).

Al ser un conocimiento compartido de todo el grupo acerca de diversas cuestiones –bajo la forma de un saber de sentido común-, las representaciones sociales se encuentran en la base de la opinión pública. Por tanto, además de los elementos anteriores, se deben añadir aquellos que son producto de la adaptación o transformación de los discursos en los grupos dominantes actuales, una parte significativa de tales discursos es conocida a través de los medios de comunicación social. En este sentido, se considera que los medios de comunicación social ponen a circular significaciones que intervienen, tanto en la constitución de lo cognitivo como de lo socio afectivo, con la posibilidad de “agendar” sentidos que producen “la realidad” como experiencia colectiva (Petit y Cilimbini, 2008).

²¹ “Son los criterios que en un grupo social establecen lo deseable y el fundamento de las normas y, sobre todo, la base para aceptar o rechazar aquéllas que no están previstas en la cultura del grupo. Tienden a la preservación, a la estabilidad del conjunto de sus categorías culturales, aunque un conflicto entre contenidos valorativos discordantes puede llevar al cambio y revisión de dichas categorías” (Megías, Comas, Elzo, Navarro y Romaní, 2000: 3).

²² Constituyen categorías muy simplificadas que dependen de los modelos de interpretación socialmente dominantes (Botero, 2008)

2.1.1. Conceptos afines

Las representaciones sociales no son las únicas producciones mentales que tienen un origen social y que orientan la interpretación de la realidad, al mismo tiempo que la construyen y guían tanto las conductas individuales como las relaciones sociales (Araya, 2002). Por lo que Moscovici (1986) ofreció un análisis de otras categorías psicosociales equivalentes, entre las que se encuentran la opinión, la imagen, la actitud, los estereotipos, la percepción, las creencias y las ideologías. A continuación se presentará cada uno de estos conceptos.

2.1.1.1. *La opinión*

Moscovici (1986: 30-31) sostiene que la opinión:

Es una fórmula socialmente valorizada a la que un individuo se adhiere, y por otra parte, es una toma de posición de un problema controvertido de la sociedad (...) Nada se dice de su contexto, ni de los criterios de juicio, ni de los conceptos subyacentes (...) Son poco estables y referentes a puntos particulares, por lo tanto, constituyen un momento previo a la formación de las actitudes y los estereotipos. Todo mundo admite su carácter parcial, parcelario. En forma más general, la noción de opinión implica una reacción de los individuos ante un objeto dado desde afuera, algo acabado, independientemente del actor social, de su intención o sus características. Un lazo directo con el comportamiento; el juicio se refiere al objeto o el estímulo y de alguna manera constituye un anuncio, un doble interiorizado de la futura acción. En este sentido, se considera tanto a una opinión como a una actitud, únicamente del lado de la respuesta y como “preparación de la acción”. Por esta razón, se le atribuye una virtud predictiva, puesto que, después de lo que dice el sujeto se puede deducir lo que va a hacer.

De acuerdo con Araya (2002), la diferencia entre la opinión y las representaciones sociales es que la primera, si bien propicia la utilización de conceptos no es el origen de los mismos, porque los significados que los producen provienen de las representaciones sociales, las cuales informan del contexto, de los criterios de juicio y de los conceptos subyacentes en la opinión, por lo que ésta sólo informa sobre la reacción de las personas hacia los objetos dados desde afuera

independientemente de los actores sociales. Es así que, los estudios de opinión se refieren a la toma de posición frente a cuestiones sociales de relevancia, en cambio, el estudio de las representaciones sociales considera las relaciones y las interacciones sociales, pues son éstas las que generan los cambios de opinión de las personas frente a circunstancias distintas.

2.1.1.2. *La imagen*

Es el concepto que más se utiliza como sinónimo de representaciones sociales. Moscovici explica que el concepto de imagen no está separado del de representación, por lo menos en lo que concierne a los supuestos básicos, sin embargo, el concepto “imagen” implica que es una copia fiel o un reflejo interno de un dato inmediato que se encuentra en el exterior:

El individuo lleva en su memoria una colección de imágenes del mundo en sus diferentes aspectos. Estas imágenes son construcciones combinatorias, análogas a las experiencias visuales (...) Se puede suponer que estas imágenes son una especie de “sensaciones mentales”, impresiones que los objetos y las personas dejan en el cerebro. Al mismo tiempo, mantienen vivas las huellas del pasado, ocupan espacios en la memoria para protegerla de los zarandeos del cambio y refuerzan el sentimiento de continuidad del entorno y de las experiencias individuales y colectivas. Con este fin se les puede recordar, revivificar o evocar. Siempre operan como un filtro y provienen de filtrar informaciones que el sujeto posee o ha recibido en vista del placer que busca o de la coherencia que necesita. Las imágenes desempeñan el papel de una pantalla selectiva que sirve para recibir nuevos mensajes, y a menudo, dirigen la percepción y la interpretación de estos entre los mensajes que no son completamente ignorados, rechazados o reprimidos (Moscovici, 1986: 31).

Tanto la imagen como la representación social hacen referencia a ciertos contenidos mentales que se asocian con determinados objetos, supuestamente reales. Sin embargo, la imagen es una reproducción pasiva de un exterior en un interior, esto equivale a decir que la imagen se construye esencialmente como reproducción mental de un objeto exterior y se relaciona básicamente con los

mecanismos perceptivos (Araya, 2002). Moscovici (1986) señala que cuando se habla de representaciones sociales, se parte de otras premisas adicionales, lo que supondría no reducir el estudio de las representaciones sociales al de las imágenes:

En primer lugar se considera, que no hay un corte dado entre el universo exterior y el universo del individuo o del grupo social, que en el fondo, el sujeto y objeto no son heterogéneos en su campo móvil, pues que, en parte, fue concebido por la persona o la colectividad como prolongación de su comportamiento, y sólo existe para ellos, en función de los medios y los métodos que permiten conocerlo. Sostiene que si no se reconoce el poder creador de los objetos, equivaldría a creer que no hay relación entre nuestro repositorio de imágenes y nuestra capacidad de combinarlas para obtener de ellas combinaciones nuevas (Moscovici, 1986: 31-32).

Las representaciones sociales, lejos de constituir una reproducción simétrica de un objeto exterior, son un proceso de construcción mental de ese objeto cuya existencia depende en parte del propio proceso de representación. De esta manera, reproducir y producir no pertenecen al mismo ámbito, pues cuando se habla de representaciones sociales se parte de que no hay un corte entre el universo exterior y el universo de las personas o de los grupos y de que, en el fondo, el sujeto y el objeto no son heterogéneos en su campo común. El objeto está inserto en un contexto activo, móvil, puesto que, en parte, fue concebido por la persona o la colectividad como prolongación de su comportamiento y sólo existe para ellas en función de los medios y los métodos que permiten conocerlo (Araya, 2002).

2.1.1.3. *La actitud*

Ibáñez (2004) menciona que la definición más clásica que hay en psicología social sobre la actitud es la proporcionada por Gordon W. Allport, en 1935, la cual plantea que ésta es un estado de disposición mental y nerviosa, organizado mediante la experiencia, que ejerce una influencia orientadora o dinámica en la respuesta del individuo a toda clase de objetos y situaciones. De acuerdo con

Ibáñez, lo interesante del concepto de Allport consiste en que la actitud significa una preparación de la persona para actuar de una manera o de otra ante cada objeto. Para Villoro (2008) esta definición permite, por una parte, distinguir a la actitud de las disposiciones instintivas y de los rasgos caracterológicos, por otra, puesto que se reduce a disposiciones adquiridas por la experiencia y los sentimientos, presenta una dirección positiva o negativa frente al objeto.

Para Fishbein y Ajzen (en García, 1995), el término actitud hace referencia a la localización de una persona en una dimensión o categoría afectiva o de evaluación. Vander (1986: 614) expone que es una: “tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación”. Muchnik y Seidman (1983: 4) señalan que:

Las actitudes no son conductas, sino predisposiciones adquiridas para actuar selectivamente, conducirse de determinada manera en la interacción social. Tienen que ver con una forma de actuar. Y operan como parte de un sistema de representación de la realidad, una vez incorporadas regulan la conducta.

De acuerdo con estas definiciones, una de las principales diferencias entre el concepto de actitud y el de representaciones sociales consiste en que la primera implica la existencia de un estímulo “ya constituido” hacia el cual se reacciona o se responde según el tipo de disposición interna que se haya construido hacia él, es decir, se localiza exclusivamente en el extremo de las respuestas. Mientras que las representaciones sociales entrelazan la respuesta y el estímulo de forma indisoluble, por lo que se sitúan en ambos extremos. Para Araya (2002) la actitud determina y orienta la respuesta frente a cierto estímulo, mientras que las representaciones sociales constituyen el estímulo y la respuesta que se da.

Con respecto a los tres conceptos afines al de representaciones sociales ya mencionados –opinión, imagen y actitud- Moscovici (1986: 31) explica que los tres consideran a los grupos:

En forma estática, no por lo que crean y lo que comunican, sino porque utilizan una información que circula en la sociedad (...) (en cambio), las representaciones sociales son conjuntos dinámicos, su característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, en una acción que modifica a ambos y no una reproducción de esos comportamientos, o de estas relaciones, ni una reacción a un estímulo exterior dado.

2.1.1.4. *Los estereotipos*

De acuerdo con Ibáñez (2004), un estereotipo es un tipo de esquema extremadamente resistente, que hace referencia a un conjunto de creencias sociales (cognición social) generalizadas que están socialmente asociadas a una categoría grupal, las cuales provocan los prejuicios y los justifican. Para este autor, la existencia de los estereotipos puede considerarse como la consecuencia directa de los procesos de representación social, mientras que los prejuicios son la consecuencia de los estereotipos. Por lo tanto, la acción de estereotipar:

Constituye un proceso de percepción, significación y representación de las otras personas y de la realidad que funciona de una manera bastante rígida, y cumple la función de mantener los valores sociales dominantes que emerge de la existencia de determinadas relaciones de poder y desigualdades sociales y que las mantiene (Ibáñez, 2004: 120-121).

Para Cazeneuve (1974:146), un estereotipo es un:

Concepto que se forma el individuo o un grupo de individuos sobre un fenómeno cualquiera en función de sus creencias y no de la mera observación del problema. Este término fue introducido por Walter Lippman que hace de él una función de economía: a fin de no reflexionar en cada situación, el individuo responde a ella mediante estereotipos. Más recientemente este término ha sido empleado en un sentido que deja entrever que el individuo encuentra en el estereotipo una justificación de su propio status.

Para Huici (en Rengel, 2005: 3) los estereotipos son una “forma de economía y la simplificación en la percepción de la realidad, por lo tanto, son construcciones y

generalizaciones que conforman tipos de grupos a los que se le atribuyen una serie de características inherentes a la propia cultura del grupo”. Los estereotipos resultan muy eficaces, según Souza y Machorro (2010: 335) “debido a su aprendizaje temprano y continuo en la comunidad (con lo cual) la gente puede generar rápidamente impresiones y expectativas de las personas de determinado grupo estereotipado”.

Es así que los estereotipos son categorías de atributos específicos dados a un grupo que se caracterizan por su rigidez, lo cual los diferencia de las representaciones sociales, las cuales son más dinámicas al modificarse constantemente en la interacción diaria de las personas. Otra diferencia es que los estereotipos son el primer paso en el origen de una representación; cuando se obtiene información de algo o de alguien se adscribe en el grupo o situación a las cuales ese grupo o situación pertenece, es decir, los estereotipos cumplen una función de “economía psíquica” en el proceso de categorización social (Araya, 2002).

2.1.1.5. *La percepción*

Los conceptos de percepción social y representaciones sociales tienden a confundirse, pues ambos aluden a la categorización de personas u objetos. Sin embargo, como indica Araya (2002: 44):

Los estudios de percepción social se centran en los mecanismos de respuestas sociales y de procesamiento de la información y los de representaciones sociales en los modos de conocimiento y los procesos simbólicos en su relación con la visión de mundo y la actuación social de los seres humanos.

2.1.1.6. *Las creencias*

La definición predominante en la literatura especializada liga este concepto al de actitud, y a su vez, las actitudes han sido definidas alguna vez como un conjunto

de creencias acerca de lo que es un determinado objeto y de sentimientos positivos o negativos sobre ese objeto (Montero, 1994). De acuerdo con Fishbein y Ajzen (en García, 1995) las creencias con categorías cognitivas, lo cual las diferencia de las actitudes que pertenecían a una categoría afectiva. Ibáñez (2004) señala que lo que distingue a las creencias de la actitud, es que esta última posee un componente evaluativo y conductual, mientras que la creencia es un proceso cognoscitivo. Montero (1994: 133) indica que además de su carácter cognoscitivo, “implican un proceso mediador, con característica de variable interviniente, absolutamente hipotético, que al parecer evalúa algo y permite predecir que puede ocurrir algo al respecto de un objeto determinado”.

Villoro (1982) explica que de acuerdo con la definición de creencia establecida por Rokeach, se considera que ésta es una proposición simple, consciente o inconsciente, inferida de lo que las personas dicen o hacen, capaz de ser precedida por la frase: “Yo creo que...” y cuyo contenido puede: a) describir el objeto de la creencia como verdadero o falso, correcto o incorrecto; b) evaluarlo como bueno o malo o, c) propugnar un cierto curso de acción o un cierto estado de existencia como indeseable, por tanto posee tres componentes: cognitivo, afectivo-valorativo y conativo, además de que es un sinónimo de actitud. Para Villoro (1982: 25) la creencia “sería el componente subjetivo del saber. La mejor manera de analizarla no sería entonces examinar lo creído sino el acto de creer. Creer sería realizar un acto mental de una cualidad peculiar”.

Es así que entre creencia y actuación existe una relación, pero no como causa-efecto, sino como tendencia, predisposición o prescripción, en el sentido de orientación o norma para la acción. Si bien no es común que creencias y representaciones sociales se confundan, el concepto de creencia es uno de los elementos que conforman el campo de representación, sin que ello signifique que los estudios sobre las creencias sean estudios de representaciones sociales (Araya, 2002).

2.1.1.7. *Las ideologías*

De acuerdo con Montero (1994) y a partir de la obra de Marx y Engels, la ideología es tanto un proceso social como cognoscitivo que oculta, distorsiona las relaciones sociales en las cuales los intereses de un grupo se superponen o imponen a los de otro. “Es decir, que la ideología es el proceso mediante el cual las razones de la asimetría y desigualdad son ocultadas, de tal manera que la situación resultante de ellas es vista como natural” (Montero, 1994: 128):

Son una manera de ver y dar sentido al mundo que se relacionan con las posiciones que una persona puede ocupar con respecto a diferentes grupos de referencia, por lo tanto se vincula con las relaciones intergrupales y con las desigualdades de poder entre los grupos y permite un cierto grado de elaboración de la persona (Ibáñez, 2004: 446).

La estrecha relación conceptual que une a las representaciones sociales y a las ideologías ha hecho que algunos autores afirmen que las representaciones sociales no son sino la manifestación concreta y objetiva de las ideologías que las originan. Según este punto de vista, las representaciones sociales constituyen la forma concreta en que se manifiestan las ideologías cuando éstas se enfrentan con un objeto social específico (Araya, 2002).

Sin embargo, Moscovici (1986) considera que las representaciones sociales y las ideologías se encuentran en una relación de inclusión. Una ideología es el sistema constituido por un conjunto de representaciones sociales y la relación entre ambas pertenece por lo tanto al tipo de relación que une a las partes con el todo. De acuerdo con Araya (2002), Moscovici anula la utilidad del concepto de ideología al reducirla a un concepto incluyente, que se queda vacío si se le quitaran las representaciones sociales.

Una perspectiva que no reduce un concepto a otro y que trata de mantener la capacidad explicativa de ambos conceptos es la propuesta por Ibáñez (2004),

quien establece que las representaciones sociales son siempre representaciones de algo y de alguien y son construidas por grupos o personas, lo cual excluye la existencia de representaciones sociales genéricas y socialmente indiferenciadas en cuanto a sus portadores. Por otro lado, la ideología sí tiene un carácter de generalidad que la asimila a un dispositivo generador de juicios, percepción, actitudes, sobre objetos específicos, pero sin que el propio código esté anclado en un objeto particular sino que atraviesa todos los objetos, además de que no es atribuible a un agente particular.

No obstante, se puede afirmar que la ideología es una de las condiciones de producción de las representaciones sociales, pero esta relación de causalidad es de tipo circular, puesto que las representaciones sociales pueden modificar a su vez los elementos ideológicos que han contribuido a su propia formación (Araya, 2002). En definitiva las ideologías y las representaciones sociales son fenómenos distintos pero estrechamente vinculados entre sí, el estudio de cada uno es relevante para la comprensión del otro.

2.1.2. Funciones de las representaciones sociales

Las representaciones sociales desempeñan un papel fundamental en las prácticas y en la dinámica de las relaciones sociales porque responden a cuatro funciones esenciales (Araya, 2002):

2.1.2.1. Función de saber

Las representaciones sociales permiten entender y explicar la realidad. El saber práctico de sentido común permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognoscitivo y con los valores a los que se adhieren.

2.1.2.2. Función identitaria

Las representaciones sociales definen la identidad y permiten la conservación de los grupos. Además de la función cognoscitiva de entender y explicar, las representaciones tienen la función de situar a los individuos y a los grupos en el campo social, permitiéndoles elaborar una identidad social y personal gratificante; es decir, compatible con los sistemas de normas y valores que han sido determinados social e históricamente.

2.1.2.3. Función de orientación

Las representaciones sociales conducen los comportamientos y las prácticas. El sistema de precodificación de la realidad que constituye la representación social es una guía para la acción, es decir, conducen los comportamientos y las prácticas. Este proceso de orientación de la conducta resulta de tres factores:

1. La representación interviene directamente en la definición de la finalidad de la situación, determinando a priori, el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto, pero también eventualmente, en una situación en que una tarea deberá ser efectuada, el tipo de gestión cognoscitiva que se adoptará.
2. La representación produce igualmente un sistema de anticipaciones y expectativas. Es una acción sobre la realidad: selección y filtro de las informaciones, interpretaciones con objeto de volver esa realidad conforme la representación.
3. La representación social es descriptiva de comportamiento o prácticas obligadas. Define lo lícito, lo tolerable o inaceptable en un contexto social dado.

2.1.2.4. Función de justificación

Las representaciones sociales permiten justificar a posteriori las posturas y los comportamientos. Intervienen también después de la acción y permiten así a los

actores explicar y justificar sus conductas en una situación o en consideración a sus colegas. Aparece así un nuevo papel de las representaciones: el de la persistencia o refuerzo de la posición social del grupo involucrado. La representación tiene por función perpetuar y justificar la diferenciación social, por lo que puede –como los estereotipos- pretender la discriminación o mantener una distancia social entre los grupos respectivos

2.1.3. Dimensiones de las representaciones sociales

Las representaciones sociales como forma de conocimiento aluden a un proceso y a un contenido. En tanto *proceso* las representaciones sociales refieren a una forma particular de adquirir y comunicar conocimientos. Según Moscovici (1986), las representaciones sociales emergen determinadas por las condiciones en que son pensadas y constituidas, teniendo como denominador el hecho de surgir en momentos de crisis y conflictos. Esta condición problemática exige que el objeto sea blanco de condiciones fértiles de intercambio entre los sujetos y de un proceso concreto de problematización de las prácticas. De esta forma, las representaciones sociales se elaboran de acuerdo a dos procesos sociocognitivos fundamentales: la objetivación y el anclaje.

Ambos son mecanismos que provienen de la propia dinámica de las representaciones sociales. La objetivación dota de materialidad a un concepto abstracto, por tanto los saberes y las ideas se materializan mediante una serie de transformaciones específicas que conduce a un proceso que implica tres fases: la construcción selectiva,²³ la esquematización²⁴ y la naturalización.²⁵

²³ Construcción Selectiva: constituye la descontextualización y selección de la información según criterios culturales. Es decir, los sujetos toman sobre sus conocimientos previos aquéllos que pudieran explicar un fenómeno específico (Rodríguez y García, 2007).

²⁴ Esquematización: Construcción de una estructura conceptual, de un conjunto gráfico comprensible con la información seleccionada. Los sujetos dan forma o imagen al objeto (ibídem).

Una vez que se ha objetivado el objeto, el siguiente paso consiste en ubicarlo dentro de alguna categoría establecida dentro de nuestra red de representaciones sociales que determinan el significado del concepto recién integrado. Este mecanismo es el anclaje (Nuño *et al*, 2006), que explica cómo inciden las estructuras sociales sobre la formación de las representaciones sociales y la intervención de los esquemas ya constituidos en la elaboración de las nuevas representaciones, es decir, la inserción en un marco de referencia conocido y preexistente, haciendo así un instrumento útil de comunicación y comprensión (Araya, 2002).

Las representaciones sociales como *contenido* o *producto* aluden a una forma particular de conocimiento, que constituye un universo de creencias en el que se distinguen tres dimensiones: la información, la actitud y el campo de representación (Moscovici, 1986).

2.1.3.1. La información

“La información –dimensión o concepto- se relaciona con la organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social” (Moscovici, 1986:45). La información que poseen los grupos del objeto de las representaciones sociales se puede analizar en términos de calidad y cantidad. Esta dimensión conduce, necesariamente, a la riqueza de datos o explicaciones que sobre la realidad se forman las personas en sus relaciones cotidianas.

El grado de información que un grupo tiene de la representación social está estrechamente relacionado con su inserción social, pues el nivel socioeconómico facilita o dificulta su acceso a los medios de comunicación social. Asimismo, el

²⁵ Naturalización: Es un salto en lo imaginario que transporta los elementos objetivos al medio cognoscitivo y prepara un cambio fundamental de situación y de función. Consiste en la adaptación de la información, en la apropiación de la imagen (objeto) al lenguaje común (ídem).

origen de la información es un elemento a considerar, pues aquella que surge de un contacto directo con el objeto, y de las prácticas que una persona desarrolla en relación con él, tiene unas propiedades bastante diferentes de las que presenta la información recogida a través de los medios de comunicación social (Nuño Gutiérrez *et al*, 2006; Araya, 2002).

2.1.3.2. La actitud

Consiste en una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Moscovici (1986) señaló que la actitud descubría la orientación global con respecto al objeto de representación social y que podía ser considerada como la evaluación positiva o negativa que el sujeto o el grupo tienen del objeto a representar.

Su identificación en el discurso no ofrece dificultades, ya que las categorías lingüísticas contienen un valor, es decir, un significado que por consenso social se reconoce como positivo o negativo, por tanto, es la más evidente de las tres dimensiones. Es por eso que los objetos o conceptos polémicos, debatibles y que dividen las opiniones de los grupos sociales, son más factibles de tornarse en representaciones sociales (Nuño *et al*, 2006).

De acuerdo con Araya (2002), la actitud expresa el aspecto más afectivo de la representación, por ser la reacción emocional acerca del objeto o del hecho. Asimismo, es el elemento más primitivo y resistente de las representaciones y se halla siempre presente aunque los otros elementos no estén, por lo que una persona o un grupo pueden tener una reacción emocional sin necesidad de tener mayor información sobre un hecho en particular.

2.1.3.3. El campo de representación

Constituye el conjunto de actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores presentes en una misma representación social. El campo de representación se organiza en torno al esquema figurativo o núcleo figurativo que es construido en el proceso de objetivación. Este esquema o núcleo no sólo constituye la parte más sólida y más estable de la representación, sino que ejerce una función organizadora para el conjunto de la representación pues es él quien confiere su peso y su significado a todos los demás elementos que están presentes en el campo de la representación.

En síntesis, conocer o establecer una representación social implica determinar qué se sabe (información), qué se cree, cómo se interpreta (campo de la representación) y qué se hace o cómo se actúa (actitud). De acuerdo con Araya (2002), estas tres dimensiones, establecidas por Moscovici, forman un conjunto que tan sólo puede dividirse para satisfacer las exigencias propias del análisis conceptual.

2. 2. Términos asociados al tema de la farmacodependencia

Para los fines de la presente investigación, el término “farmacodependencia” hará referencia a una pauta de comportamiento, definible en términos clínicos, caracterizada por la priorización del consumo de una sustancia psicoactiva particular frente a otras conductas cotidianas, así como por la aparición de síntomas de abstinencia ante la privación, por la imposibilidad de la persona de controlar su consumo y porque se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos.²⁶

²⁶ Con base en esta definición es posible apreciar que nos centraremos en los conceptos de “dependencia de sustancias” (DSM-IV) o “síndrome de dependencia” (CIE-10), ya que los de “abuso de sustancias” (DSM-IV) o “consumo perjudicial” (CIE-10), si bien hacen alusión a un

Una vez aclarado lo anterior, se conceptuarán los términos de farmacodependencia, adicción, síndrome de dependencia, dependencia de sustancias, consumo perjudicial, uso de sustancias, farmacodependiente, adicto o drogadicto, droga, sustancia psicoactiva, sustancia psicotrópica, estupefaciente y narcótico, así como droga de tipo ilícito o droga ilegal.

2.2.1. Farmacodependencia

Este término se remonta a la década de los años sesenta, cuando el Comité de Expertos en Farmacodependencia (CEF) de la Organización Mundial de la Salud, decidió participar activamente en una definición más uniforme con respecto al tema del consumo indebido de sustancias psicoactivas, la cual reemplazaría a las expresiones anteriormente usadas –adicción,²⁷ drogadicción²⁸ o habituación a drogas-. Al parecer, la introducción de esta definición en 1965 redujo la confusión de conceptos, pero sólo entre los expertos en tratamientos e investigadores de la utilización indebida de fármacos, sin embargo, en el ámbito de la farmacovigilancia,²⁹ que comprende una gama mucho más amplia de

patrón de uso desadaptativo o alarmante, carecen de la misma relevancia en el establecimiento de políticas de salud relacionadas con esta problemática.

²⁷ La OMS (2003) establece que si bien no existe una definición de adicción aceptada en todo el mundo, la palabra adictivo se emplea por lo general con el significado de “que engendra dependencia”.

²⁸ Según Lorenzo, Ladero, Leza y Lizasoain (2009: 5), el término drogadicción “fue definido, como tal, por primera vez por la OMS en 1964 como un estado de intoxicación periódica o crónica producida por el consumo repetido de una droga natural o sintética y caracterizado por: 1) deseo dominante para seguir tomando la droga y obtenerla por cualquier medio; 2) tendencia a incrementar la dosis; 3) dependencia física y, generalmente, psicológica, con síndrome de abstinencia por retirada de la droga; 4) efectos nocivos para el individuo y para la sociedad”. Estos mismos autores señalan que en 1969, la OMS la catalogó “como una enfermedad maligna, progresiva y transmisible”, a pesar de que supuestamente el término había sido eliminado de la terminología técnica de la OMS años antes. De hecho, actualmente es utilizado como término general cuando parece referirse a casos graves de consumo.

²⁹ De acuerdo con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, de la Secretaría de Salud (2012), “la farmacovigilancia es una actividad compartida entre las autoridades sanitarias, la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. Cuando un nuevo medicamento se

profesionales de la salud, todavía es muy frecuente la confusión de conceptos (OMS, 2003).

El Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS se reunió en Ginebra del 1 al 7 de octubre de 1968 reconociendo principalmente dos conductas de consumo problemático de sustancias psicoactivas: la farmacodependencia y el abuso:

Farmacodependencia: Estado psíquico y a veces físico causado por la interacción entre un organismo vivo y un fármaco, caracterizado por modificaciones del comportamiento y por reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar una sensación de malestar que surge al dejar de consumirlo. La dependencia puede ir o no acompañada de tolerancia. Una misma persona puede ser dependiente de uno o más fármacos (OMS, 1969: 6).

Abuso. Uso excesivo, persistente o esporádico, incompatible o sin relación con la práctica médica habitual (ibídem).

Estas definiciones no tomaron en cuenta la influencia social, política, económica y cultural del consumo de sustancias psicoactivas sobre el estilo de vida del consumidor, pues se enfocaron sólo en la influencia bioquímica que los fármacos³⁰ tienen en el organismo de quien los consume. Además, centraron su atención únicamente en aquellos consumidores que presentan síntomas de dependencia de la sustancia o un consumo abusivo, sin considerar a todos los demás consumidores que se encuentran en el otro extremo o en el medio (Laplacette y Vignau, 2008).

comercializa se debe evaluar a través del tiempo la relación beneficio-riesgo haciendo énfasis en el riesgo (seguridad) es por eso que la farmacovigilancia juega un papel fundamental en la monitorización estrecha del comportamiento de los medicamentos en las poblaciones”. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cofepris/pyp/farmaco/farmacovigilancia.htm>

³⁰De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, fármaco es “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más de las funciones de éste” (OMS, 1969: 6).

A pesar de las limitaciones que presentaban las definiciones proporcionadas por la OMS, la propuesta de utilizar el término farmacodependencia en sustitución de los anteriores fue aceptada de forma global durante la década de 1970.³¹ Y desde la novena edición de la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* (CIE-9) en 1977 y la tercera edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-III) en 1980, se hizo la distinción entre estos dos niveles de consumo excesivo de sustancias debido a su relevancia clínica.

Sin embargo, en la década de los noventa, debido a que algunos de los términos técnicos que se utilizaron en la *Clasificación Internacional de las Enfermedades*, en su décima revisión (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (1992), diferían ligeramente de los convencionales,³² se cuestionó si la CIE-10 era completamente congruente con la definición de farmacodependencia que el CEF había elaborado en los años sesenta. En 1993, el CEF concluyó que no había coherencia entre la definición de farmacodependencia adoptada por este Comité y las pautas diagnósticas del síndrome de dependencia preparadas por la OMS junto a la CIE-10 (OMS, 2003).

De la reunión llevada a cabo en 1993, se modificó la definición de farmacodependencia, y ésta se entendió como un “síndrome complejo que implica aspectos sociales, psicológicos y biológicos, se presenta de manera más común con el uso de fármacos psicoactivos cuya búsqueda y posesión desplazan a los comportamientos dominantes previos” (OMS, 1994: 160). Definición que resultaba menos restringida que la establecida en 1965.

³¹ No obstante, en el 2004 se indicaba que a pesar de que el término farmacodependencia era empleado ampliamente en la mayor parte del mundo, “las investigaciones comparativas han descubierto que existen variaciones significativas de una cultura a otra, en lo que se refiere a la aplicación y reconocimiento de nociones y conceptos específicos asociados” (Room *et al*, en OMS, 2004: 12), por lo que era imposible saber a ciencia cierta en qué medida la adicción difería de la dependencia.

³² Por ejemplo, estado de abstinencia en vez de síndrome de retirada o síndrome de abstinencia.

2.2.2. Adicción

A pesar de que la OMS estableció el término de farmacodependencia desde la década de los años sesenta, como definición uniforme respecto al tema del consumo dependiente de sustancias psicoactivas, la expresión de adicción³³ ha continuado empleándose, por lo que el término en la literatura especializada es aún muy frecuente (Moral, 2006). Ejemplo de esto es el National Institute on Drug Abuse (NIDA), institución que todavía en 2008, empleaba el término adicción indicando que ésta era una enfermedad crónica del cerebro con recaídas, caracterizada por la búsqueda y el uso compulsivo de drogas, a pesar de las consecuencias nocivas. Según este instituto, se considera una enfermedad del cerebro porque las drogas lo cambian: modifican su estructura y cómo funciona; estos cambios pueden durar largo tiempo y llevar a los comportamientos peligrosos que se ven en las personas que abusan de las drogas (NIDA, 2008).

Se observa que el término de adicción³⁴ es frecuentemente utilizado por la Secretaría de Salud Federal, institución encargada de determinar la política en

³³ El término procede de la palabra latina *addicere* que se refiere a una forma de pago de deudas, presente en el derecho civil romano, por medio de la cual el deudor que no podía pagar su deuda quedaba como esclavo del acreedor (Kalina, 2000). De acuerdo con Moral de la Rubia (2005), en los siglos XVIII y XIX los médicos empleaban este término para referirse a la pérdida de control en el uso de sustancias psicoactivas, ya sea alcohol u otro tipo de sustancias. Sin embargo, fue a principios del siglo XX que esta noción se impuso para designar patrones compulsivos de consumo que se limitaban a sustancias distintas del alcohol; para éste se empleaba la palabra “alcoholismo”, acuñado por Huss en 1849.

³⁴ Es importante destacar que no existe un empleo unánime de este término, pues en el Plan Nacional de Desarrollo, en el Programa de Acción Específico 2007-2012 (PAE). Prevención y tratamiento de las adicciones y en la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 y se utiliza la palabra “adicciones”; la cual retoma la definición de farmacodependencia de la Organización Mundial de la Salud expresada en 1965. El Plan Nacional de Desarrollo establece que la “adicción o dependencia, es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación” (SSA, 2009a: 16). En lo anterior no se incluyen los aspectos sociales, psicológicos y biológicos que se presentan de manera más común “con el uso de fármacos psicoactivos cuya búsqueda y posesión desplazan a los comportamientos dominantes previos”

materia de salud seguida en torno al tema de la farmacodependencia en nuestro país. La demostración más clara se encuentra en la *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*, norma que retoma la definición de farmacodependencia de la OMS expresada por el Comité de expertos en farmacodependencia en 1968, expuesta en párrafos anteriores:

Adicción o dependencia, es el estado psicofísico causado por la interacción de un organismo vivo con un fármaco, alcohol, tabaco u otra droga, caracterizado por modificación del comportamiento y otras reacciones que comprenden siempre un impulso irreprimible por tomar dicha sustancia en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y a veces para evitar el malestar producido por la privación (SSA, 2009a: 16).

Asimismo, en el diseño del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS), se empleó el término de adicción, reconociendo que es una enfermedad que se caracteriza por presentar “un conjunto de signos y síntomas en los que se involucran múltiples factores biológicos, genéticos, psicológicos y sociales” (SSA, 2011: 13).

Cabe destacar que la *Ley General de Salud* de nuestro país, capítulo VII, Delitos Contra la Salud en su modalidad de Narcomenudeo, artículo 473, no emplea la expresión de adicción, sino que utiliza el término farmacodependencia indicando que:

Para los efectos de este capítulo se entenderá por farmacodependencia: el conjunto de fenómenos de comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de estupefacientes o psicotrópicos de los previstos en los

(OMS, 1993: 160), es decir la definición dada por la OMS en 1993. Por su parte, el *Código Penal Federal*, así como en la *Ley General de Salud* emplean la palabra “farmacodependencia”. En la LGS se establece que “se entenderá por farmacodependencia: el conjunto de fenómenos de comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de estupefacientes o psicotrópicos de los previstos en los artículos 237 y 245, fracciones I a III, de esta Ley” (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 140).

artículos 237 y 245, fracciones I a III, de esta Ley” (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 140).

Esta definición al ser de tipo operacional, no específica a qué se refiere con fenómenos de comportamiento, cognoscitivos y fisiológicos.

En la actualidad se utilizan ambos conceptos –farmacodependencia y adicción-, apreciándose un empleo inadecuado de los mismos, en el que se continúa englobando todo tipo de consumo, a pesar de la existencia de otras categorías. La OMS, en su *Clasificación Internacional de las Enfermedades* décima revisión (CIE-10), estableció nueve trastornos además del síndrome de dependencia, que van desde la intoxicación aguda hasta el trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación. Todos estos denominados como “trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas³⁵ o de otras sustancias psicótropas”:

F19.0 Intoxicación aguda. ³⁶	F19.1 Consumo perjudicial.
F19.2 Síndrome de dependencia.	F19.3 Síndrome de abstinencia. ³⁷

³⁵ Son nueve sustancias las que contempla dicha clasificación:

- | | |
|------------------------|---|
| Alcohol. | Opioides. |
| Cannabinoides. | Sedantes o hipnóticos. |
| Cocaína. | Otros estimulantes (incluyendo la cafeína). |
| Alucinógenos. | Tabaco |
| Disolventes volátiles. | |

³⁶ Se define como “un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas (...) es un fenómeno transitorio cuya intensidad disminuye con el tiempo, y sus efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia. La recuperación es completa excepto cuando el tejido cerebral está dañado o surge alguna otra complicación (...) Incluye: Embriaguez aguda en alcoholismo, “mal viaje” (debido a drogas alucinógenas) y embriaguez sin especificación” (OMS, 1992, versión *on line*) Disponible en http://www.psicoactiva.com/cie10/cie10_10.htm Mientras que la intoxicación patológica “se aplica sólo al alcohol y consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas” (ibídem).

F19.4 Síndrome de abstinencia con delirium.	F19.5 Trastorno psicótico.
F19.6 Síndrome amnésico inducido por alcohol o drogas.	F19.7 Trastorno psicótico residual y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.
F19.8 Otros trastornos mentales o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas.	F19.9 Trastorno mental o del comportamiento inducido por alcohol u otras sustancias psicotropas sin especificación.

Tabla 6. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de múltiples drogas o de otras sustancias psicotropas.

FUENTE: Clasificación Internacional de las Enfermedades décima revisión (OMS, 1992)

A pesar de la existencia de diferentes categorías vinculadas con el consumo de sustancias psicoactivas, frecuentemente es posible apreciar que en los discursos dados, ya sea por los medios de comunicación, por la opinión pública general e incluso por parte de los “especialistas”, se habla de farmacodependencia o adicción como categoría única en la que se concentran todos los tipos de consumo –que pueden ir desde la intoxicación hasta el síndrome de dependencia como tal- (Menéndez, 2002). Al denominar todo consumo de esta manera, se le representa como patológico y se eliminan las particularidades propias de cada categoría, considerándose la dependencia o adicción como un punto al que

³⁷ La CIE-10 define al síndrome de abstinencia como un “conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia están limitados en el tiempo y están relacionados con el tipo de la sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. El síndrome de abstinencia puede complicarse con convulsiones. Es uno de los indicadores de la presencia del síndrome de dependencia, por lo cual este diagnóstico también debe ser tomado en consideración. Los síntomas somáticos varían de acuerdo con la sustancia consumida. Los trastornos psicológicos son también rasgos frecuentes de la abstinencia. Es característico que los enfermos cuenten que los síntomas del síndrome de abstinencia desaparecen cuando vuelven a consumir la sustancia” (ídem).

necesariamente llegará el usuario y no como un proceso caracterizado por etapas distintas que pueden darse o no durante el consumo de sustancias psicoactivas.

Al respecto, Moral (2006: 3-4) establece que en psicopatología se pueden considerar tres criterios para declarar una manifestación de la conducta humana como patológica:

Criterio clínico: Hay presencia de malestar subjetivo e incluso disfunción objetiva que provocan la búsqueda de ayuda clínica.

Criterio social: La conducta es catalogada como desviada por las normas morales e incluso legales. El sujeto provoca malestar y prejuicios en otros, siendo los perjudicados o el sistema judicial el que obliga al sujeto a buscar tratamiento clínico.

Criterio estadístico: La normalidad es frecuencia, intensidad o modalidad de la conducta presente en la mayoría. La desviación se define por el déficit o un exceso extremo con respecto a esta normalidad. La combinación del criterio estadístico con uno o los dos anteriores usualmente define lo patológico.

Por lo tanto, la farmacodependencia o adicción se considera un fenómeno “patológico” debido a que cumple con los tres criterios. La desadaptación social que origina el consumo produce problemas laborales (despido), familiares (maltrato físico, abuso sexual) y legales (delincuencia, prostitución, distribución y tráfico de drogas), por lo que las presiones por parte de la familia o del sistema judicial son las primeras promotoras para que el consumidor busque ayuda psicoterapéutica (criterio social). Asimismo, en un inicio el consumo de la sustancia psicoactiva significa una fuente de placer, sin embargo llega un momento en que se convierte en una necesidad para el farmacodependiente y después en un alivio ante el intenso malestar que provoca la abstinencia. En esas situaciones, el deseo de buscar tratamiento puede ser una decisión propia (criterio clínico). Finalmente, el patrón de consumo dependiente está claramente desviado de la norma estadística.

Para Gómez (2009: 81), la denominación de cualquier consumo como patológico demuestra una función ideológica de control social:

Desde el momento en que cualquier uso de sustancia fuera de los ámbitos de control institucionales se constituye como un uso problemático; una patología más o menos grave, más o menos transitoria; pero lo suficientemente importante para que se activen las alarmas sociales y se pongan en marcha los procedimientos de control.

Según Ehrenberg (1994: 13) en realidad “no es la desmesura lo que cuenta, sino la situación de consumo; no es el producto lo que importa, sino la relación social en la cual se inscribe”.

Como ya se comentó, existen otras conductas de consumo de sustancias psicoactivas además de la farmacodependencia –denominada como síndrome de dependencia o dependencia de sustancias- con características propias (consumo perjudicial y uso de sustancias). Las cuales generalmente tienden a confundirse con la farmacodependencia o adicción, por tal motivo se hace necesaria la definición de cada una de estas tres categorías de acuerdo con los criterios diagnósticos establecidos por la Organización Mundial de la Salud en su *Clasificación Internacional de las Enfermedades* décima revisión y por la Asociación Americana de Psiquiatría en su *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* cuarta edición.

2.2.3. Síndrome de dependencia

Actualmente la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* décima revisión (CIE-10) expresa que el síndrome de dependencia es un:

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el cual el consumo de una droga, o de un tipo de ellas, adquiere la máxima prioridad para el individuo, mayor incluso que cualquier otro tipo de comportamiento de los que en el pasado tuvieron el valor más alto. La manifestación característica del síndrome de dependencia es el deseo (a menudo fuerte y a veces insuperable) de ingerir sustancias psicotropas (aun cuando hayan sido prescritas por un

médico), alcohol o tabaco. La recaída en el consumo de una sustancia después de un período de abstinencia lleva a la instauración más rápida del resto de las características del síndrome de lo que sucede en individuos no dependientes (OMS, 1992, versión disponible *on line*).

Asimismo, señala que el diagnóstico del síndrome de dependencia debe hacerse solamente si durante en algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:

- a) Deseo intenso o vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.
- b) Disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.
- c) Síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia, cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, cuando se confirme por: el síndrome de abstinencia característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.
- d) Tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas.
- e) Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.
- f) Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales (OMS, 1992 versión disponible *on line*).

De acuerdo con la CIE-10:

Una característica esencial del síndrome de dependencia es que deben estar presentes el consumo de una sustancia o el deseo de consumirla. La conciencia subjetiva de la compulsión al consumo suele presentarse cuando se intenta frenar o controlar el consumo de la sustancia (...) incluye: alcoholismo crónico, dipsomanía y adicción a fármacos (OMS, 1992, versión disponible *on line*).

Asimismo, establece que en el núcleo del concepto de síndrome de dependencia se encuentra la noción de que:

Se disminuye o incluso se pierde el control y la voluntad que tiene el usuario sobre el uso de la droga. El usuario ya no opta por consumirla simplemente por los beneficios aparentes; el uso se ha hecho habitual, y las ansias de volverla a usar significan que el usuario siente que el hábito ya no está bajo su control. Por consiguiente, la dependencia del usuario es la causa del uso ulterior, a pesar de las consecuencias adversas que pudieron haber impedido seguir utilizando las sustancias a otros que no son dependientes (OMS, 2004: 12).

Becoña (2002) indica que lo que define al síndrome de dependencia es la presencia de los siguientes elementos: 1) un fuerte deseo o un sentimiento de compulsión para llevar a cabo la conducta particular (especialmente cuando la oportunidad de llevar a cabo tal conducta no está disponible); 2) la capacidad deteriorada para controlar la conducta (especialmente, en términos de controlar su comienzo, mantenimiento o nivel en el que ocurre); 3) malestar y estado de ánimo alterado cuando la conducta es impedida o la deja de hacer; y 4) persistir en la conducta a pesar de la clara evidencia de que le está produciendo graves consecuencias al individuo. En la misma línea, Echeburúa (1999) considera como características principales de este síndrome: la pérdida de control, la fuerte dependencia psicológica, la falta de interés por otras actividades gratificantes y la interferencia grave de esta conducta en la vida cotidiana.

2.2.4. Dependencia de sustancias

Por su parte, desde la tercera edición del *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales*, en 1980 (DSM-III), se encontraban reunidas las formas de consumo indebido de sustancias psicoactivas bajo un sólo concepto “abuso y dependencia de sustancias psicoactivas” y en forma independiente se señalaban las complicaciones derivadas de su uso, tales como problemas a nivel cognoscitivo, comportamental y fisiológico.

Esta clasificación proponía criterios diagnósticos que se perfeccionaron hasta la cuarta versión del DSM (APA, 1994), el cual identifica 12 grupos de sustancias

psicoactivas³⁸ capaces de producir abuso y dependencia, las cuales se distinguen entre sí por efectos psicoactivos específicos y por su capacidad para producir trastornos. El DSM-IV propone dos criterios para dichos trastornos:

1. Trastornos por **consumo** de sustancias:

- a. F1x.2x Dependencia de sustancias
- b. F1x.1 Abuso de sustancias

2. Trastornos **inducidos** por sustancias:

- a. F1x.00 Intoxicación por sustancias³⁹
- b. F1x.3 Abstinencia de sustancias⁴⁰

38

Cocaína	Inhalantes
Alcohol	Nicotina
Alucinógenos	Cafeína
Anfetamina	Opiáceos
Cannabis	Sedantes, hipnóticos o ansiolíticos
Fenciclidina	Otras sustancias desconocidas

³⁹ El *Manual Diagnóstico de los Trastornos Mentales* (APA, 1994 versión disponible *on line*) establece que los criterios para el diagnóstico de **intoxicación por sustancias** son:

- A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición).
- B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central, que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.

⁴⁰ Mientras que indica que los criterios para la **abstinencia de sustancias** son:

- A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.
- B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (APA, 1994 versión disponible *on line*).

Los criterios de diagnóstico de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 1994) definen la *dependencia de sustancias* como un “patrón mal adaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (3) ó más de los ítems siguientes; en algún momento de un período continuo de doce (12) meses”:

1. Tolerancia: Necesidad de recurrir a cantidades mayores de la sustancia para alcanzar la intoxicación o una notable disminución de los efectos de la sustancia con su uso continuado a las mismas dosis.

2. Abstinencia: Es un cambio de comportamiento des-adaptativo, con concomitantes cognitivos y fisiológicos, que se presenta cuando la sustancia disminuye en el organismo, en un individuo que se ha mantenido sin consumir prolongadamente; se manifiesta un cuadro denominado síndrome de abstinencia agudo o de retirada, caracterizado por una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variable, cuando se suspende bruscamente el consumo de la droga.

3. La sustancia se administra en cantidades o periodos mayores de lo que se pretendía.

4. Hay esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo.

5. Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con el consumo o la recuperación de los efectos de la sustancia

6. Existe reducción de las actividades familiares o mayor tiempo con amigos consumidores de la sustancia.

7. Que la persona continúe consumiendo la sustancia a pesar del reconocimiento de las implicaciones físicas o psicológicas que esto le conlleva.

2.2.5. Consumo perjudicial

Con respecto a la segunda conducta de consumo de sustancias psicoactivas, es decir, el consumo perjudicial o el abuso de sustancias, Malgor y Valsecia (2000) explican que el término de abuso de sustancias dado anteriormente por la

Organización Mundial de la Salud fue sustituido en la CIE-10 debido a la ambigüedad de su definición y actualmente se utiliza el de consumo perjudicial.

Sin embargo, dentro del contexto del control internacional, la OMS utiliza el término abuso para ser consistente con los términos utilizados por las Convenciones de la Organización de las Naciones Unidas que emplean indistintamente los términos abuso, uso inadecuado o uso ilícito. Asimismo, las expresiones uso indebido y uso no médico se consideran sinónimos de abuso de sustancias. En todos estos casos, los conceptos aluden a un daño a la salud física o mental del consumidor, así como a un patrón de consumo que es frecuente e interfiere con otros aspectos de la vida, o bien que se presenta de manera ocasional en periodos de consumo intenso (OMS, 2003).

El consumo perjudicial es definido por la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* décima revisión (OMS, 1992 versión disponible *on line*) como:

Forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental,⁴¹ como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol (...) El hecho de que una forma de consumo o una sustancia en particular sean reprobados por terceros o por el entorno en general, no es por sí mismo indicativo de un consumo perjudicial, como tampoco lo es sólo el hecho de haber podido derivar en alguna consecuencia social negativa.

De acuerdo con la OMS (2003), lo importante de esta categoría es la utilización excesiva, persistente o esporádica, de un fármaco de forma incongruente o desvinculada con la práctica médica admisible. Así pues, el uso intencional de dosis excesivas, o el uso premeditado de dosis terapéuticas con fines distintos de la indicación para la cual ha sido prescrito el fármaco, se considera un consumo

⁴¹ El diagnóstico requiere que se haya afectado la salud mental o física del que consume la sustancia.

perjudicial. Por sus consecuencias adversas recurrentes y significativas de riesgo evolutivo, este tipo de consumo puede implicar el siguiente paso hacia el síndrome de dependencia.

2.2.6. Abuso de sustancias

Por su parte, el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* continúa utilizando el término abuso de sustancias, y considera que es una categoría residual que indica los comportamientos desadaptativos de consumo, mismos que si bien no cumplen los criterios de dependencia de sustancias, el consumo de la sustancia sí constituye un riesgo significativo de ocurrencia del trastorno ya mencionado (Medina, 2001). Y lo define como: “un patrón maladaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses” (APA, 1994 versión disponible *on line*):

1. Consumo recurrente de sustancias, que da lugar a incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa.
2. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que el hacerlo es físicamente peligroso.
3. Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia.
4. Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
5. Los síntomas no han cumplido **nunca** los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancias.

2.2.7. Uso de sustancias

La tercera conducta de consumo, el uso de sustancias no se encuentra especificada en alguna de las dos clasificaciones, ya sea OMS o APA, puesto que

no tiene significación clínica o social, es decir, el término uso significa única y sencillamente consumo; utilización de la sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales o familiares. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin que produzca tolerancia o dependencia (Fernández, 2009).

Sin embargo, la Dra. María Elena Medina Mora (2001: 26 y 28) explica que:

El uso de sustancias es una condición incierta, y su distinción del abuso no es clara. La mayor dificultad estriba en que ambos fenómenos no pueden colocarse como extremos de una sola dimensión; existen dimensiones sociales, médicas, biológicas, legales, ésta última con peso relativamente mayor. (En cuanto a esta parte legal a la que se refiere, indica que) la gran diferencia entre uso y abuso tiene que ver con la producción, adquisición y uso con fines de intoxicación, así como con el tipo de sustancia, pues mientras el beber alcohol tiene amplia permisividad social, en el caso de las drogas ilícitas se argumenta frecuentemente que “cualquier uso es abuso de la sustancia.

2.2.8. Farmacodependiente

En cuanto a este término establecido por la Organización Mundial de la Salud, es posible apreciar que es empleado por la *Ley General de Salud*, artículo 192 bis, la cual establece que “para los efectos del programa nacional se entiende por farmacodependiente: toda persona que presenta algún signo o síntoma de dependencia a estupefacientes o psicotrópicos” (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 64). Este mismo artículo entiende por farmacodependiente en recuperación a “toda persona que está en tratamiento para dejar de utilizar narcóticos y está en un proceso de superación de la farmacodependencia”. Asimismo define como consumidor a “toda persona que consume o utilice estupefacientes o psicotrópicos y que no presente signos ni síntomas de dependencia”.

Dicho término también es usado, pero no definido, en el *Código Penal Federal*, así como en la *NOM-028-SSA2-2009 Para la prevención, tratamiento y control de las*

adicciones, la cual establece que farmacodependiente es “la persona con dependencia a una o más sustancias psicoactivas” (SSA, 2009a: 16). Y en la *Norma Técnica número 198 relativa a la Prestación de Servicios de Atención Médica a Farmacodependientes* de la Secretaría de Salud Federal, artículo 3º, el cual se refiere al farmacodependiente como:

La persona que ha desarrollado dependencia física y/o psíquica a una sustancia psicoactiva. Se caracteriza por modificaciones del comportamiento y un impulso irreprimible por consumirla en forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos o para evitar el malestar producido por la privación (Saldaña, 2000: 46).

2.2.9. Adicto o drogadicto

A pesar de que en el ámbito legal y médico se ha establecido un término específico para hacer referencia al usuario de sustancias psicoactivas cuyo consumo es problemático o dependiente, se aprecia que comúnmente se utilizan expresiones como adicto⁴² o drogadicto⁴³ y hasta puede llegar a emplearse el término vicioso.⁴⁴ Llama la atención que la Secretaría de Salud en la actualización del 2011 del “Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y tratamiento

⁴² Para Kalina (2000: 16-17) la palabra adicto: “remite a la Antigua Roma, en donde cuando un sujeto no podía pagar una deuda entregaba su vida como adicto, es decir como esclavo. De este modo salía de su condición de deudor, entregando su libertad como pago. Igual destino de esclavitud tiene quien recurre a la droga”.

⁴³ El *Diccionario Médico Roche* (1993: 556) lo define como “una persona que padece una drogodependencia, también conocido como toxicómano o adicto a las drogas”.

⁴⁴ Según Lamo de Espinosa (1988: 8), el designar a alguien con esta palabra significa que su conducta “repugna espontáneamente y, cómo tal, produce el máximo de reacción social contraria, el máximo de reprobación (...) El vicioso es rechazado porque se pierde irremisiblemente en el vicio. Y así, no es vicioso el estudiante que una noche de farra acude al burdel; lo es, sin embargo, el que lo hace con tal asiduidad que sus economías, estudios e incluso salud se ven perjudicados. Por lo que al vicio habría que añadirle otros elementos la constancia o reiteración de la conducta, hasta el punto de que se relega a un segundo plano toda consideración. Allí donde el sujeto se entrega al goce sin medida, hundiéndose en él, perdiéndose en ese abismo de degradación tal que ninguna reconvencción o deber consigue controlarlo, estaríamos en el campo del vicio(...) Hay pues, un elemento de adicción a tal conducta, causa de su incapacidad para cumplir con sus deberes. Entonces no es su conducta lo que se rechaza, sino a él mismo, pues su conducta desviada y su personalidad son ahora socialmente idénticas (...) El estigma es toda su identidad pública, que es radicalmente unidimensionada”.

de las adicciones”, no sólo cambió el nombre de este programa,⁴⁵ sino que empleó el término de adicto y no el de farmacodependiente. Para dicho programa se denomina “adicto” a:

Aquella persona que depende del consumo de sustancias psicoactivas, en perjuicio de su salud física y psicológica, la de su familia y su entorno cercano. Por tanto, se asume en forma indistinta que un adicto, drogadicto o farmacodependiente, es aquél que física y psicológicamente depende del consumo de una o más drogas (SSA, 2011: 13).

Estas expresiones de adicto o drogadicto –al igual que sucede con el concepto de farmacodependencia- erróneamente incluyen a todo tipo de usuarios de sustancias psicoactivas (especialmente aquéllas de tipo ilícito que son condenadas socialmente). Incluso aquéllos con un consumo esporádico quienes no presentan un problema en su consumo:

Sabemos que afortunadamente no todos los jóvenes que, por desgracia o por casualidad, entran en contacto con las sustancias se vuelven adictos. Muchos de ellos no las prueban, otros sólo las experimentan y otros más son consumidores ocasionales; una parte por último se convertirán en toxicodependientes. Estas categorías son bastante diversas (Cirillo, Berrini, Cambiaso y Mazza, 1999: 26).

Con lo cual no sólo se oculta la dimensión recreativa que pudiera tener el vínculo con algunas sustancias, sino que ponen en evidencia los estereotipos⁴⁶ creados en torno a esta figura, enfatizando el discurso del crimen asociado frecuentemente

⁴⁵ Por el de “Programa contra la Farmacodependencia”.

⁴⁶ El ejemplo más claro es el estereotipo del “heroinómano marginado con años de vivir en la calle y haber pasado por prisión” (Salgado, 2010: 157), ampliamente difundido en la década de los ochenta –principalmente por los medios de comunicación- para definir “una clase de drogodependiente, que se distingue por su marginación y el consumo de la heroína por vía intravenosa” (ibídem). De acuerdo con la Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (2002) dicho estereotipo es una imagen que ha sido reproducida hasta la saciedad por los medios de comunicación y que “caló profundamente en el conjunto de la sociedad. Con ello, manteníamos a salvo nuestro entorno más inmediato y veíamos las drogas y a los drogodependientes como algo lejano y ajeno a nuestras circunstancias vitales. Muchas campañas se centraron en esa figura de toxicómano, ampliamente difundida y en la que no nos veíamos reflejados como posibles víctimas. Nos considerábamos diferentes y a salvo”.

al consumo de esta clase de sustancias. Además, acentúan cuestiones como la anormalidad y la desviación social “propias” de estos sujetos, las cuales suponen su peligrosidad y contribuyen a la estigmatización y criminalización de determinados grupos sociales.⁴⁷ Pues generalmente son representados como jóvenes marginales irrecuperables “porque la droga mata y de la droga no se sale” (García y Sánchez, 2005: 225). Con lo que el mundo de los jóvenes y de los pobres se problematiza (Echeverría, 2004).

De acuerdo con Menéndez (2002), el designar a todos aquellos consumidores de sustancias psicoactivas con la palabra adicto o drogadicto parece provenir de un discurso hegemónico: el médico, que elimina las diferencias y hace de cualquier consumo, uno de tipo patológico, a pesar de que como lo explican Castel y Coppel (1994: 15) “las situaciones más dramáticas, las que corresponden al estereotipo del toxicómano totalmente desocializado, caracterizan a una población restringida”. Lo cual pone en evidencia la influencia de instituciones como las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud cuyos discursos patologizan, estigmatizan y criminalizan el consumo, incluso de sustancias que no generan dependencia, pero que su consumo perjudicial hace que se activen “las alarmas sociales y se pongan en marcha los procedimientos de control” (Gómez, 2009: 81).

2.2.10. Droga o fármaco

Finalmente, cabe mencionar que en relación al concepto droga,⁴⁸ Georges Vigarello (1994: 80) expone que:

⁴⁷ Se considera un proceso que “responde a luchas de poder de diversos actores y grupos sociales predominantes en el sometimiento de otros sujetos en el marco institucional” (Walton y Young, 1990 en Buján, 2001: 42), lo que de acuerdo con estos autores se relaciona con la falta de neutralidad e igualdad en el derecho.

⁴⁸ Según el *Diccionario Médico Roche* (1993: 556), una droga es una “sustancia de origen natural o sintético que provoca estados de embriaguez. Dado el peligro de adicción o dependencia se denomina también sustancia creadora de toxicomanía. Tiene efectos secundarios nocivos si se abusa

Un recuento de las palabras muestra que en los siglos XVII y XVIII no existía un término para indicar lo que nosotros entendemos por droga. No existía ni signo ni expresión que permitiera agrupar productos alrededor de una práctica calificada por nosotros como droga.

Sin embargo, las transformaciones políticas, económicas, morales y sociales, ocurridas principalmente durante el siglo XX, así como la evolución en los modos de producción y distribución de las sustancias con potencial psicoactivo ocasionaron un cambio en las representaciones sociales de tales sustancias, así como de sus usuarios y del consumo de las mismas.

Al respecto Ehrenberg (1994) expone que ya desde la segunda mitad del siglo XIX, el concepto de droga se convirtió en una “realidad autónoma” a partir de una doble ruptura, por una parte se separó del medicamento,⁴⁹ pues ya no se consumía sólo por sus propiedades terapéuticas, y por la otra, se distinguió del modelo de la embriaguez alcohólica al no ser parte del mismo proceso de socialización.

En el siglo XX, bajo el liderazgo y las recomendaciones basadas en datos probatorios, la Organización Mundial de la Salud definió el concepto droga o fármaco⁵⁰ como “toda sustancia que introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste” (OMS, 1969: 6).⁵¹ Para 1982, la OMS

de ella. Se distingue entre drogas de tipo mórfico, barbitúricos, alcohol, anfetaminas, cocaína y similares, mescalina y LSD, y el tipo Cannabis. Algunas se emplean en psicoterapia”.

⁴⁹ De acuerdo con este mismo diccionario (1993: 1123) un medicamento “es una sustancia que, administrada interior o exteriormente a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta”.

⁵⁰ Slapak (2006) menciona que durante la Antigüedad, a partir de las ideas de Hipócrates y Galeno, la medicina comenzó a transformarse y progresivamente se fue separando de las perspectivas de tipo mágico y religioso, por lo que empezó a utilizarse la noción griega de *phármakon* (*fármaco*); término aplicado tanto a las *drogas* como a los *medicamentos* y que entre sus varios significados expresaba “remedio” y “veneno”, no uno u otro, sino ambos simultáneamente (Touzé, 1994).

⁵¹ Actualmente se considera que es “cualquier sustancia química o mezcla de sustancias, distintas de las necesarias en condiciones normales para la conservación de la salud, cuya administración

intentó delimitar cuáles eran las sustancias que producían dependencia, declarando como droga de abuso “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada” (en Kalina, 2000: 3). La definición dada por la OMS con respecto al término droga o fármaco, al no ser lo suficientemente precisa, llevó a que dicha organización la modificara en 1994, añadiendo que:

Es un término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología, como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea (OMS, 1994: 33). Entendida ésta última como un repertorio que publica oficialmente cada Estado como norma legal para la preparación, experimentación, prescripción, etcétera de los medicamentos.

Además, se consideraba que una droga o fármaco era:

Toda sustancia química que influye sobre los procesos biológicos. Cuando por su actividad se utiliza en la terapéutica para mitigar, diagnosticar, prevenir o curar enfermedades se denominan medicamentos. Los que no se usan en la terapéutica también son fármacos y pueden denominarse tóxicos; por tanto, todos los medicamentos son fármacos, pero no todos los fármacos son medicamentos (OMS, 1994: 157).

Lorenzo *et al* (2009), indican que el término “droga” se ha aplicado a aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psicológica y, también, física, y que ocasionan, en muchos casos, un grave deterioro psico-orgánico y de conducta social. Desde la perspectiva médica y científica, se utiliza este vocablo para definir a un gran número de sustancias que deben cumplir con ciertas condiciones:

modifica las funciones biológicas y, posiblemente, también la estructura del organismo” (OMS, 1994: 127).

1. Ser una sustancia que introducida en un organismo vivo sea capaz de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo),
2. Inducir a la persona que la toma a repetir su auto administración por el placer que genera (acción reforzadora positiva),
3. El cese en su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático o psíquico (dependencia física o psicológica) y no tener aplicación médica alguna y si la tiene, puede utilizarse con fines no terapéuticos.

2.2.11. Sustancia psicoactiva

El término droga fue remplazado por la OMS por el de sustancia psicoactiva⁵² debido a que se presentaba como más restringido y poseía una mayor connotación farmacológica (Rossi, 1996). De acuerdo con la OMS (1969) con esto

⁵² De acuerdo con el *Glosario de términos de alcohol y droga* de la Organización Mundial de la Salud, las sustancias psicoactivas son aquellas que “cuando se ingieren, afectan a los procesos mentales, p. ej., a la cognición o la afectividad. Este término y su equivalente, sustancia psicotrópica, son las expresiones más neutras y descriptivas para referirse a todo el grupo de sustancias, legales e ilegales” (OMS, 1994: 58). En relación a este término, el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC) señala que es toda aquella que tiene un impacto sobre el Sistema Nervioso Central (SNC) y modifica su funcionamiento (Tavera y Martínez, 2007) y lo divide en tres grupos:

1. Depresores: disminuyen el nivel de funcionamiento del SNC, entre éstos se encuentran:

Derivados del opio (morfina, heroína y codeína).

Inhalables (gasolina, acetona, pegantes)

Tranquilizantes ((pastas, roche, pastillas, rufis).

Alcohol

2. Estimulantes: sustancias que aumentan la agudeza psicológica y la capacidad física, son:

Cocaína

Anfetaminas

Metanfetaminas

Éxtasis

3. Alucinógenos: sustancias que tienen la capacidad de producir alteraciones en la percepción.

Algunos alucinógenos son:

Marihuana

Peyote

Hongos (Psilocibina)

Dietilamida del ácido lisérgico (LSD).

se hacía referencia a que eran compuestos naturales o sintéticos, cuyos efectos se manifestaban particularmente en el Sistema Nervioso Central y que debido a su acción farmacológica poseían la capacidad de propiciar estados de abuso o dependencia en el usuario, que lo llevan a mantener un consumo recurrente.

2.2.12. Sustancia psicotrópica

Slapak (2006) argumenta que a pesar de este cambio en la terminología referida a las drogas, obviamente de tipo ilícito, ciertas sustancias no podían clasificarse como sustancias psicoactivas porque carecían de la característica de generar abuso o dependencia, ejemplo de ello era el LSD y otros alucinógenos. Por tal motivo se buscó una denominación que las comprendiera a todas para de esta manera poder agregarlas a las listas⁵³ establecidas por la Convención Única de

⁵³ “La **Lista I** incluye sustancias que son muy adictivas o de probable uso indebido, o que se pueden convertir en estupefacientes que son igualmente adictivos y de probable uso indebido también. Entre ellas figuran la cannabis y la resina de cannabis (así como extractos y tinturas), materias primas estupefacientes (hoja de coca, concentrado de adormidera, opio), los opiáceos analgésicos más potentes (morfina, oxicodona), los estupefacientes del grupo ecgonina-cocaína y gran número de estupefacientes sintéticos (fentanil y sus productos análogos, metadona).

La **Lista II** incluye sustancias que son menos adictivas y cuyo uso indebido es menos probable que las de la Lista I, como por ejemplo la codeína y sus derivados.

La **Lista III** incluye preparados que contienen estupefacientes que están destinados a usos médicos legítimos y que están compuestos de tal forma que no es posible que el preparado sea objeto de uso indebido ni que se pueda extraer fácilmente el estupefaciente de base.

La **Lista IV** incluye determinados estupefacientes enumerados en la Lista I que están considerados como particularmente nocivos por sus propiedades adictivas y por su potencial de uso indebido.

Las sustancias de la Lista IV se supone que se utilizarán raramente en la práctica médica y pueden estar sujetas a medidas especiales de fiscalización por los países. Todos los estupefacientes de la Lista IV tienen que figurar también en la Lista I. Es posible también que los países decidan prohibir los estupefacientes de la Lista IV, si lo estiman necesario. Los preparados de estupefacientes distintos de los que figuran en la Lista III están sujetos, en principio, a las mismas medidas de fiscalización que los estupefacientes que contienen. Ahora bien, cabe citar las siguientes excepciones:

En el caso de esos preparados no se necesita presentar estimaciones y estadísticas diferentes de las que tratan de estupefacientes de base (los requisitos del sistema de estimaciones y del sistema de información estadística se explican detalladamente en la Segunda parte y en la Tercera parte, respectivamente, del presente material de capacitación).

No se requiere de los fabricantes que tienen licencia que obtengan permisos periódicos que especifiquen el tipo y la cantidad de esos preparados que se van a fabricar.

No se requiere licencia para el comercio y la distribución de esos preparados” (ONU, 2005: 6- 7).

1961.⁵⁴ Fue entonces que se creó la denominación de “sustancias psicotrópicas”, por la conjunción de *psique* y *tropía*, es decir; modificación de la mente.

Para 1971, en el “Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas” se elaboraron las listas de sustancias que tuvieran esta característica y que debían ser prohibidas o sometidas a control especial (ONU, 2008). En dicho Convenio se estableció que “por sustancia psicotrópica se entiende cualquier sustancia, natural o sintética, o cualquier material natural de la Lista I, II, III o IV” (ONU, 1971:1).⁵⁵ La circularidad observada en la definición de la categoría estupefaciente por parte de la Convención única, se presentó nuevamente en el Convenio de 1971 (Rossi, 1996).

Por su parte, la *Ley General de Salud*, capítulo VI, “Substancias Psicotrópicas”, artículo 244, señala que:

Para los efectos de esta Ley, se consideran sustancias psicotrópicas las señaladas en el Artículo 245 de este ordenamiento y aquellas que determine específicamente el Consejo de Salubridad General o la Secretaría de Salud. Artículo 245.- En relación con las medidas de control y vigilancia que deberán adoptar las autoridades sanitarias, las sustancias psicotrópicas se clasifican en cinco grupos:

I. Las que tienen valor terapéutico escaso o nulo y que, por ser susceptibles de uso indebido o abuso, constituyen un problema

Los productos de las Listas II, III y IV, son lícitos cuando cumplen las disposiciones que los regulan, por ende son ilícitos cuando no los cumplen, asimismo en ese convenio se estableció la fiscalización y seguridad de los productos de las Listas II, III y IV, con una lista de obligaciones y recomendaciones (ONU, 2005). Por lo que el único uso lícito de las sustancias psicoactivas es aquel que tenía como objetivo fines médico-científicos; de esta manera cualquier otro tipo de uso quedó expresamente prohibido.

⁵⁴ En la Convención Única se clasificó en cuatro listas a las sustancias reguladas y prohibidas (108 sustancias en total) y se estableció que por estupefaciente se entendía cualquiera de las sustancias de las Listas I y II, naturales o sintéticas (ONU, 2005), sin que en las listas aparezcan los criterios utilizados para la construcción de la categoría “estupefaciente”.

⁵⁵ Mientras que el término estupefaciente hacía referencia a la adormidera, el arbusto de coca y la planta de cannabis, así como a sus productos (ONU, 2010). A partir de este momento, el concepto de estupefaciente se relacionó con sustancias peligrosas e indeseables, con lo cual se le dotó de consideraciones éticas y legales, además de que implicó la transición de un simple control de determinadas sustancias psicoactivas a su prohibición como tal (Slapak, 2006).

especialmente grave para la salud pública y cualquier otro producto, derivado o preparado que contenga las sustancias señaladas en la relación anterior y cuando expresamente lo determine la Secretaría de Salud o el Consejo de Salubridad General, sus precursores químicos y en general los de naturaleza análoga.

II. Las que tienen algún valor terapéutico, pero constituyen un problema grave para la salud pública, y sus sales, precursores y derivados químicos.

III. Las que tienen valor terapéutico, pero constituyen un problema para la salud pública, y sus sales, precursores y derivados químicos.

IV. Las que tienen amplios usos terapéuticos y constituyen un problema menor para la salud pública, y sus sales, precursores y derivados químicos.

V. Las que carecen de valor terapéutico y se utilizan corrientemente en la industria, mismas que se determinarán en las disposiciones reglamentarias correspondientes (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 83-88).

2.2.13. Estupefaciente y narcótico

La *Ley General de Salud* utiliza los términos de droga, sustancia psicoactiva, sustancia psicotrópica y narcótico para hacer referencia a todas aquellas sustancias de tipo ilícito. Sin embargo es el de “estupefaciente” el que recibe mayor importancia, y a pesar de que no lo define como tal, en el Artículo 234, Capítulo V, hace una clasificación detallada de las sustancias consideradas de esta manera. A grandes rasgos las sustancias que se consideran de esta manera son: la marihuana (*cannabis sativa*) –ricina, preparados y semillas-, la cocaína, la codeína, la heroína, la metadona, la morfina y derivados, la adormidera, las hojas de coca, la dihidrocodeína, entre muchos otras.

Cabe mencionar que las categorías de estupefaciente y psicotrópico, son incluidas en la categoría de narcóticos en el *Código Penal Federal*, “Título Séptimo, Delitos Contra la Salud, Capítulo I, De la producción, tenencia, tráfico, proselitismo y otros actos en materia de narcóticos”, artículo 193. El cual indica que:

Se consideran narcóticos a los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias o vegetales que determinen la Ley General de Salud, los convenios y tratados internacionales de observancia obligatoria en México y los que señalen las demás disposiciones legales aplicables en la materia (Código Penal Federal, Últimas Reformas DOF 14-06-2012: 44).

2.2.14. Droga de tipo ilícito o droga ilegal

A partir de las convenciones ya mencionadas, llevadas a cabo por la Organización de las Naciones Unidas para la fiscalización de las actividades relacionadas con ciertas sustancias, se señaló su uso como lícito o ilícito, sin establecer una distinción entre sustancias. Por lo general, se emplea el término droga de tipo ilícito o droga ilegal⁵⁶ al hablar de aquellas que están bajo un control internacional, y a pesar de que se les puede dar un uso médico legítimo; su producción, distribución y consumo se dan fuera del marco legal (SSA, 1998). Para 1994, la OMS explicaba que:

El término droga en el lenguaje coloquial suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., “alcohol y otras drogas”) intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, al menos en parte, por sus efectos psicoactivos (OMS, 1994: 33).

Rossi (1996) señala que el estatus de ilegalidad dado a las sustancias psicoactivas transformó la representación que se tenía de las mismas, convirtiéndolas en entidades alrededor de las que se construyeron mitos, que alimentaron el imaginario colectivo de una sociedad, la que al sentirse

⁵⁶ El alcohol y el tabaco, en estas organizaciones internacionales, son generalmente mencionados como sustancias más que drogas, debido a que no están sujetas al control político internacional, con lo que se trata de pasar por alto que, además de sus fuertes propiedades adictivas, son las que causan mayores daños a la salud individual y pública en prácticamente todo el mundo (Malgor y Valsecia, 2000).

imposibilitada para ejercer un control social sobre tales entidades, las juzgó como dañinas y peligrosas. Al respecto Touzé (1994) señala que el cambio en las representaciones sociales de las sustancias y del consumidor, así como del carácter prohibitivo en su consumo tiene por origen los límites del derecho a la diferencia, es decir con la medida de desviación aceptable para cada sociedad en un momento dado.

Cómo fue posible advertir, los factores sociales, culturales e históricos tienen una importancia vital en la definición de los aspectos implicados en el tema de la farmacodependencia, así como en la conformación de la representación que la sociedad posee en torno a las sustancias psicoactivas, su consumo y al usuario de las mismas. Lo que nos permitirá comprender cómo a partir de tales representaciones, la sociedad ha establecido modelos explicativos con relación a todos los elementos involucrados en dicha problemática, lo cual ha originado el desarrollo e instrumentación de políticas públicas que abordan este fenómeno desde dos ámbitos principalmente: el jurídico y el sanitario, mismos que han producido una perspectiva predominante respecto al tema de la farmacodependencia: la médico-jurídica.

CAPÍTULO III. Enfoques que abordan el tema de la farmacodependencia

Introducción

En este capítulo se expondrán los modelos explicativos que abordan el tema de la farmacodependencia. La presentación de los mismos se realizará a partir de tres ámbitos; el legal,⁵⁷ el de la salud⁵⁸ y el psicosocial.

La farmacodependencia es un fenómeno complejo en el que existen diferentes representaciones sociales. Esta complejidad hace que sea susceptible de ser interpretada desde diferentes perspectivas, que si bien no son excluyentes, cada una de éstas hace énfasis en elementos específicos, lo que no sólo define al objeto de estudio, sino que guía las investigaciones que se llevan a cabo en su campo (Sánchez y Tomás, 2001).

Becoña (1999) señala que las explicaciones sobre este tema han oscilado desde las de tipo meramente biológico hasta aquéllas basadas en cuestiones personales y socioculturales. Por su parte, Díaz (1994) explica que la farmacodependencia ha sido analizada desde tres perspectivas, la primera sostiene que se está en presencia de un fenómeno meramente policial; mientras que la segunda plantea que es una cuestión de seguridad nacional y una tercera indica que se trata de un problema de salud pública.⁵⁹

⁵⁷ Modelo jurídico.

⁵⁸ Se hará la exposición del modelo biomédico y el médico sanitario, también conocido como modelo de salud pública.

⁵⁹ A partir de la década de los ochenta se consideró un problema de salud pública mundial, debido a que su impacto en la salud de la población experimentó un incremento notable relacionado con la aparición de la epidemia de infección por VIH en usuarios de drogas por vía parenteral (Colom, 2002).

3.1. Modelo jurídico

Este modelo se centra en el objeto consumido, es decir, en las sustancias psicoactivas⁶⁰ y en la clasificación de las mismas, ya sea en legales e ilegales⁶¹ (Rodríguez, Zacarías, Santamaría, Del Bosque y Machín, 2000), reconociendo que las de tipo ilícito producen graves daños a nivel físico, psicológico y social. Ya que las considera como un elemento peligroso y capaz de crear situaciones de riesgo –en determinadas condiciones y en manos de ciertas personas-, que pueden poner en peligro la integridad física de los individuos e incluso la salud colectiva⁶² establece que éstas deben ser reguladas por la ley, convirtiendo cualquier actividad relacionada con este tipo de sustancias en un comportamiento explícitamente ilegal (Pons, 2008).

En dicho comportamiento, el individuo implicado debe responder ante el sistema judicial, en función de la gravedad de su falta y de las consecuencias que de ésta se deriven. De acuerdo con los principios del derecho penal, para que una conducta sea penalizada, ésta debe afectar o poner en riesgo un bien jurídicamente protegido (Moral, 2005). En el caso del consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, el bien jurídico que supuestamente⁶³ se protege es la salud de la colectividad, es decir, la salud pública, por lo que aquél que produce, distribuye,

⁶⁰ Le asigna una relevancia determinante a sustancias como los opiáceos, los derivados del cannabis y la cocaína, y excluye a otras o las considera mucho menos relevantes como el alcohol, los psicofármacos y el tabaco, sin que tal distinción tenga fundamentos objetivos o científicos desde el punto de vista de la toxicidad o por su capacidad de generar dependencia física o psicológica (González, 1987).

⁶¹ Clasificación que se basa en criterios contradictorios de control e intereses económicos que no logran justificar la libertad para consumir otros productos de mayor nocividad y de mayor uso que las “drogas ilegales” (tales como el alcohol, tabaco y los fármacos) (ibídem).

⁶² De acuerdo con Inchaurrega (2001: 146), desde esta perspectiva, el consumo de sustancias psicoactivas “potencialmente implica poner en riesgo la seguridad del tejido social”.

⁶³ Si supuestamente la salud pública es lo que se protege, por qué el consumo de alcohol y de tabaco que generan tantos problemas sanitarios en la población no se sancionan con la misma rigurosidad legal ni social. Para Buján (2001: 55) lo que realmente se hace es “ocultar la verdadera intención de proteger la seguridad ciudadana como un bien dentro de la concepción de la defensa social”.

comercializa tales sustancias, está cometiendo una transgresión contra ésta, lo cual se tipifica como “delitos contra la salud”.

Es así que por medio de la vía del derecho penal y bajo el discurso de la protección a la salud, de la dignidad humana y del libre desarrollo de la personalidad, se tipifican unos delitos y se sancionan conductas relacionadas con la producción, el tráfico y el consumo de ciertas sustancias psicoactivas (Díaz, 2006). Legitimándose la respuesta carcelaria y encarcelando a aquellas personas que han transgredido la ley, incluso por exceder la tenencia para consumo mínimo personal de sustancias controladas,⁶⁴ con lo cual se fomenta su estigmatización y criminalización.

Contempla al usuario de sustancias psicoactivas ilegales, sin importar si presenta un problema en su consumo o no, como un transgresor de la ley o, incluso, como un delincuente, interesando de él únicamente aquellas conductas que están relacionadas con las implicaciones legales del consumo de tales sustancias (Tavera y Martínez, 2007). La única explicación que da este modelo sobre el origen de dicha conducta de consumo, es que ésta es una reacción contra el contexto social en el que vive el usuario, en el que los factores socioeconómicos y psicológicos juegan un papel decisivo.

Recurre a concepciones médico sanitarias entrelazándose con aspectos jurídicos, en una “combinación funcional legitimadora de ambos” (Rodríguez *et al*, 2000: 217). Otorgándole al consumidor de sustancias psicoactivas el papel de enfermo al que se le debe institucionalizar para su tratamiento; mientras que quienes producen, trafican y comercializan drogas de tipo ilícito, deben ser sancionados jurídicamente a partir de lo cual se convierten en delincuentes (Escudero, 2001). Sin embargo, el consumidor puede ser al mismo tiempo enfermo y delincuente;

⁶⁴ Aunque este modelo propone acciones preventivas y rehabilitadoras, éstas aparecen como alternativas a una opción represiva.

víctima y victimario, pues la diferencia entre poseer una cantidad de droga para consumo personal o para traficar es muy pequeña. Lo anterior propicia que el sistema judicial frecuentemente rebase esa delgada línea divisoria.

Las críticas que se le hacen a este modelo es que no brinda un análisis detallado de las causas de la farmacodependencia, ni del papel del contexto social⁶⁵ en dicho fenómeno, ni mucho menos de las interacciones entre la sustancia, el individuo y el ambiente. Su interés primordial es subrayar la responsabilidad personal en el acto delictivo y la necesidad de intervención coercitiva que tiene el sistema judicial, que deberá responder mediante sanción legal para garantizar, en la medida de lo posible, la salud pública y la seguridad colectiva (Pons, 2008).

Además, al considerar que las actividades vinculadas con las sustancias psicoactivas de tipo ilícito constituyen un problema de justicia penal, inclusive el consumo, favorece la criminalización de ciertos grupos minoritarios. Con la persecución del tráfico ilícito de tales sustancias, genera corrupción pero no disminución en los niveles de consumo. La represión no implica la desaparición del fenómeno, sino la creación de más problemas, como el continuo aumento del tráfico ilícito, de la violencia, del mercado negro, así como la exclusión y estigmatización de jóvenes que, por el simple consumo y tenencia de sustancias consideradas ilícitas, son llevados a una problemática mayor que inicia con una criminalización innecesaria (Trace, 2012; Nadelman, 2012; Hernández, 2012; Wodak, 2012).

Como este modelo se basa en un razonamiento bastante simple que sólo requiere dos cosas para eliminar los daños causados por la farmacodependencia: disuadir al sujeto del consumo y reprimirlo cuando se da; ignora que el consumo de

⁶⁵ Sólo considera que el contexto puede tener un papel modulador del delito o del acto antinormativo, atenuando o agravando tanto sus consecuencias como la responsabilidad personal implicada en el mismo.

sustancias psicoactivas es un fenómeno hipercomplejo, que como tal no puede ser eliminado. Además, no toma en cuenta que el simple hecho de conocer los daños (fisiológicos, sociales e incluso penales, etc.) que causan las sustancias psicoactivas es insuficiente para interrumpir la experiencia, así como tampoco es suficiente el establecimiento de sanciones que obliguen a rechazarlas (Rodríguez *et al*, 2000; Tavera y Martínez, 2007).

Otra crítica se refiere a que no establece una diferencia entre el consumo de sustancias psicoactivas que no representa un problema para el individuo, de aquél que se considera como de tipo perjudicial o dependiente. Lo anterior se debe al discurso dominante que ha sido difundido en torno al tema, que indica que cualquier consumo de este tipo de sustancias es dañino para la salud, motivo por el cual el Estado debe intervenir –con normas y leyes-, como forma de protección de la vida de sus ciudadanos (Tavera y Martínez, 2007).

Finalmente, este modelo forma parte del movimiento internacional fiscalizador y prohibicionista, así como de la llamada “guerra contra las drogas”, que no son más que formas de legitimación ideológica por parte de los países que proclaman tales movimientos para defender sus intereses hegemónicos y que niegan el derecho del hombre a consumir determinadas sustancias psicoactivas (Astorga, 2012; Nadelman, 2012; Wodak, 2012).

3.2. Modelo biomédico

El modelo biomédico concibe a la farmacodependencia como una enfermedad crónica caracterizada por una pérdida del control del individuo sobre el consumo de sustancias psicoactivas (Becoña, 2002). Por lo tanto, aquella persona que

presenta un consumo dependiente, es un “enfermo”⁶⁶ que no es responsable de su “problema o enfermedad”, pues ésta procede de una vulnerabilidad biológica que interactúa con las características de la sustancia. Lo cual significa que este fenómeno es vinculado exclusivamente a procesos internos del propio sujeto; para su abordaje es necesario enfocarse en la interacción entre la biología humana y las características farmacológicas de las sustancias psicoactivas (Pons, 2008).

Aunque no lo reconoce explícitamente, el modelo biomédico considera que la dependencia de tales sustancias tiene una etiología desconocida que sólo puede explicarse mediante la posible influencia de factores genéticos (Lorenzo *et al*, 2009), lo cual ignora el contexto sociocultural en el que se encuentra inmerso el usuario de sustancias. Además, este modelo contempla escasamente el consumo perjudicial (CIE-10) o abuso de sustancias (DSM-IV), enfocándose principalmente en el síndrome de dependencia ⁶⁷ (Galiano, 1999). Se basa en los siguientes modelos orgánicos:

3.2.1. Modelo de enfermedad⁶⁸

Planteado por Jellinek⁶⁹ en la década de los años cincuenta para el consumo abusivo del alcohol, concibe al “alcoholismo”⁷⁰ como una enfermedad en la que se

⁶⁶ Lorenzo *et al* (2009: 89) establecen que “una vez que la persona se ha convertido en drogodependiente, ya no tiene ningún control sobre su consumo y, por lo tanto, la solución tiene que venir del exterior y el sujeto debe asumir su condición de enfermo crónico”.

⁶⁷ Para este enfoque el consumo de sustancias produce una “dependencia física o neuroadaptación fisiológica”, que se refiere a “un estado caracterizado por la necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo” (Lorenzo *et al*, 2009: 9).

⁶⁸ “Este modelo, basado en el análisis de las historias clínicas de 2000 alcohólicos, constituyó la primera descripción de un marco teórico en el que se sistematizaban las distintas fases del alcoholismo o historia natural de la dependencia alcohólica” (García y López, 2001: 43).

⁶⁹ En 1952 calificó al alcoholismo como “una enfermedad progresiva que evolucionaba en etapas fácilmente identificables” (ibídem). Con lo cual planteaba que éste era “una enfermedad médica, de carácter progresivo, que inevitablemente lleva a una pérdida total del control de la sustancia, llegando a un desenlace fatal” (Seguel, 1994: 113).

da una pérdida de la capacidad voluntaria que tiene el individuo sobre su consumo de bebidas alcohólicas, impidiéndole distinguir entre el uso normal y el patológico, que forzosamente le lleva a perder la salud e incluso la vida. En el concepto de alcoholismo dado por Jellinek se encuentran tres conceptos referidos a tres cuestiones: “el alcoholismo, el alcoholismo como una enfermedad y el alcohólico”⁷¹ (Room, en Alonso y Matilla, 1979: 20).

Si bien en 1950 la Asociación Americana de Medicina aceptó “la idea que definía el alcoholismo como una enfermedad”, lo cual fue reconocido posteriormente por la Organización Mundial de la Salud, de acuerdo con Todd (2008: 11) actualmente el alcoholismo no cuenta con “el sustrato anatómico o químico cerebral necesario para considerarlo dentro de los cánones clásicos de la medicina, en los cuales los síntomas y la evolución clínica deben contar con una infraestructura anatómica o funcional reproducible para considerarse una enfermedad”.

A pesar de que dicho modelo ha sido aplicado por otros autores a otras sustancias, se le han adjudicado objeciones a su validez, tales como “el cultivar la irresponsabilidad, la exculpación o las etiquetas de estigmatización” (Alonso y Matilla, 1979: 20), pues definir el alcoholismo como una enfermedad que altera el control sobre el consumo de bebidas alcohólicas contrasta con la perspectiva que considera a los alcohólicos como personas autónomas que deciden voluntariamente sobre su consumo.

⁷⁰ “Se puede llamar alcoholismo a todo uso de bebidas alcohólicas que causa un daño de cualquier tipo al individuo, a la sociedad o a los dos” (Alonso y Matilla, 1979: 19).

⁷¹ Sin embargo, dicho concepto permite advertir un escaso valor operacional y la doble definición que el autor mantenía con respecto a: “a) la naturaleza de la enfermedad del alcoholismo, que consistiría en la falta de control o en la incapacidad de abstenerse; y b) una amplia definición del alcoholismo, centrada en sus efectos nocivos” (Room, en Alonso y Matilla, 1979: 20).

3.2.2. Modelo de recompensa cerebral

En la década de los años cincuenta, algunos investigadores sugirieron que las sustancias que provocaban dependencia física actuaban sobre un conjunto de áreas cerebrales llamadas Sistema de Recompensa Cerebral, el cual está integrado fundamentalmente por “las vías dopaminérgicas de los sistemas mesolímbico y mesocortical” (Lorenzo *et al*, 2009: 35), y consta de “cuatro regiones diferentes del Sistema Nervioso Central: el haz prosencefálico medial, el área tegmental ventral, el hipotálamo lateral y algunas áreas de la corteza prefrontal” (Becoña, 1999: 85).

Este modelo considera que los sistemas de recompensa son centros en el Sistema Nervioso Central que responden a estímulos específicos y naturales, que son regulados por neurotransmisores,⁷² los cuales permiten que el individuo desarrolle conductas aprendidas las cuales obedecen a hechos placenteros o desagradables (Carlson, 1996). De esta manera, las sustancias psicoactivas ejercen sus efectos reforzadores al actuar sobre diferentes regiones cerebrales que están interconectadas entre sí por diversos sistemas neurotransmisores y que se denominan vías o circuitos cerebrales de recompensa. Las neuronas de este circuito se llaman dopaminérgicas porque producen dopamina,⁷³ el neurotransmisor que interviene en la mediación de la recompensa (Becoña, 1999).

Casi todos los modelos neurobiológicos de la adicción proponen que, como las drogas estimulan la liberación de dopamina y activan el sistema de recompensa, la adicción está motivada por una modificación de las reacciones cinéticas y un aumento de la liberación de dopamina. Esta falta de regulación se correspondería con un incremento de la reactividad de las neuronas dopaminérgicas ante estímulos específicos

⁷² De acuerdo con Tassin (2009: 1) el neurotransmisor es una “sustancia química producida y liberada por las neuronas. Algunos de ellos (GABA, ácido glutámico) participan en la comunicación entre las neuronas, mientras que otros (dopamina, noradrenalina, serotonina) modulan (amplifican o atenúan) la información”.

⁷³ “Casi todas las drogas que inducen abuso o adicción en el ser humano incrementan la liberación de un neurotransmisor denominado dopamina en el núcleo accumbens, una estructura situada por debajo de la corteza cerebral” (Tassin, 2009: 2)

relacionados con la sustancia agradable y adictiva o con una regulación descendente de la señalización de dopamina y una atenuación de la actividad en el sistema de recompensa (Tassin, 2009: 2).

Para 1987, Weiss y Bozarth consideraron que el consumo de sustancias psicoactivas, más específicamente la dependencia de dichas sustancias, se producía por “la capacidad de las drogas de actuar como reforzadores primarios sobre los centros cerebrales de recompensa, lo cual explicaría las conductas de búsqueda y consumo” (Lorenzo *et al*, 2009: 31). Sin embargo, actualmente los avances tecnológicos logrados recientemente en este campo “han impulsado la aparición de nuevos modelos que tienen en cuenta la participación de otros neurotransmisores⁷⁴ en el proceso y que estudian además la importancia de las diferencias genéticas entre las personas”⁷⁵ (Tassin, 2009:1).

3.2.3. Modelo de automedicación

Según este modelo “el consumo de drogas es una forma directa o indirecta de compensar una alteración neurobiológica. Se trataría de una forma de auto tratamiento, en el que la persona busca recuperar la homeostasis del organismo” (Lorenzo *et al*, 2009: 89). Este modelo fue propuesto por Khantzian en 1985, y consideraba que se requería de la existencia previa de un trastorno de personalidad y/o mental para que se diera la necesidad de consumir una sustancia psicoactiva, como un intento de aliviar tal necesidad (Galiano, 1999).

Lo que este modelo expone es que una gran parte de los pacientes que desarrollan trastornos derivados de su consumo de sustancias psicoactivas, lo

⁷⁴ Neurotransmisores como la noradrenalina y la serotonina, las cuales están asociadas entre sí, por lo que la exposición repetida a sustancias psicoactivas altera su regulación. En cuanto a los estudios genéticos, se han identificado numerosos genes candidatos que “confieren vulnerabilidad a la adicción, pero hasta ahora muy pocos de estos alelos han podido replicarse sistemáticamente y muchas de las asociaciones son pequeñas” (Tassin, 2009: 2).

⁷⁵ Todd (2008: 15) considera que la farmacodependencia es una “enfermedad que altera la biología química corporal, que tiene raíces genéticas de predisposición”.

hacen porque sufren “problemas endógenos con sustrato biológico”⁷⁶ (Becoña, 1999: 88), que directa o indirectamente, les acercan al consumo de las mismas como forma de automedicarse y que la predilección por una sustancia en particular se relaciona con algún grado de “especificidad farmacológica”. De esta forma, los opiáceos disminuyen los sentimientos de ira o violencia, los depresores –tales como el alcohol- calman los sentimientos de aislamiento, vacío y ansiedad, los estimulantes mejoran la hipotonía, alivian la depresión o contrarrestan la hiperactividad y los déficits de atención (Johnson, 1999).

El modelo biomédico ha aportado numerosos avances en el conocimiento de las características psicoactivas de las sustancias y del proceso bioquímico de la dependencia física. Las investigaciones en este campo han demostrado a nivel experimental la existencia de determinadas bases neurobiológicas y neuroadaptativas asociadas a la farmacodependencia, así como la influencia que distintas sustancias producen en el cerebro⁷⁷ y en algunas actividades llevadas a cabo por éste,⁷⁸ así como en los restantes órganos del cuerpo (Becoña, 1999: 84-85):

La actuación conjunta del reforzamiento y de los mecanismos de neuroadaptación son claves en el consumo de sustancias psicoactivas. En la actualidad hay pocas dudas sobre cuál es la base biológica de ambos factores. Se han identificado circuitos neuronales de gratificación e incluso cambios intracelulares comunes asociados a la administración crónica de morfina y de cocaína, que se están utilizando como modelos

⁷⁶ Al respecto Kalina (2000: 18) señala “pues bien, aquellos que nacen con una determinada vulnerabilidad genética o desarrollan, por las vicisitudes de su vida, una vulnerabilidad psico-neuro-bio-social, pueden desarrollar procesos adictivos como un intento de ‘empachar’ químicamente su déficit, cuando las condiciones externas o socio-familiares favorecen este camino ‘ilusorio’, con *consecuencias* nefastas, en menor o mayor plazo, en todos los niveles de la vida”.

⁷⁷ “Las drogas ejercen sus efectos reforzadores al actuar sobre diferentes regiones cerebrales que están interconexiónadas entre sí por diversos sistemas neurotransmisores y que se denominan vías o circuitos cerebrales de recompensa” (Becoña, 1999: 85).

⁷⁸ “Un número creciente de trabajos de investigación indica que el consumo crónico de drogas puede provocar alteraciones a largo plazo en la modulación de los circuitos neurocognitivos implicados en la motivación y la atención, la toma de decisiones y la capacidad para inhibir los impulsos” (Tassin, 2009: 1).

para el estudio de la mayoría de las otras adicciones (ej., nicotina, alcohol, etc.). La evidencia apunta a una neuroanatomía común a todas las drogas adictivas. Los mecanismos neurobiológicos implicados en el proceso adictivo han sido localizados en el encéfalo anterior (neocórtex, ganglios basales, sistema límbico, tálamo e hipotálamo), que integra la función del sistema límbico con la del sistema motor extrapiramidal. El mesencéfalo y sus conexiones con la región del núcleo accumbens en la parte anterior de la base del encéfalo anterior, parecen desempeñar un papel crítico al mediar no sólo los efectos reforzantes agudos de las drogas, sino que también parecen estar implicados en los aspectos motivacionales de la abstinencia.

El modelo biomédico también ha aportado diferentes procedimientos de base farmacológica que han resultado eficaces para el tratamiento del consumo perjudicial y del síndrome de dependencia. Por otra parte, se considera que su principal aportación es considerar al usuario con un problema de farmacodependencia como un enfermo y no como un desviado social, vicioso o delincuente (Pons, 2008). Sin embargo, las críticas que se le hacen a este modelo señalan que una explicación de este tipo resulta unilateral y parcial, si se sólo se considera que el consumo perjudicial o dependiente de este tipo de sustancias tiene como principal causa una de índole orgánico (vulnerabilidad biológica), o que se debe “al mero efecto del funcionamiento cerebral como consecuencia de la ingestión de una droga concreta” (Becoña, 1999: 84).

Además, el hecho de afirmar que el consumo prolongado de sustancias psicoactivas es una enfermedad que provoca alteraciones a largo plazo en la estructura cerebral⁷⁹ afectando el control voluntario, justifica la falta de voluntad para hacer elecciones con conocimiento de causa o para actuar en consecuencia (Tassin, 2009), por parte de los individuos que presentan un consumo perjudicial o dependencia, despojándolos de la responsabilidad en su consumo. Por lo tanto es

⁷⁹ En parte estas alteraciones cerebrales explicarían la razón por la cual los consumidores dependientes siguen consumiendo sustancias, a pesar de la disminución gradual de sus efectos agradables y al aumento de sus consecuencias negativas (Tassin, 2009).

un modelo muy limitado, en el cual el problema de la farmacodependencia sólo puede entenderse y abordarse desde dentro del sujeto afectado (Pons, 2008).

Con lo cual se pasa por alto que el consumo de sustancias psicoactivas abarca un complejo conjunto de factores, igual o más importante que los biológicos y genéticos propios del sujeto y farmacológicos característicos de las sustancias. Al negar la importancia de los factores de tipo social, cultural, político y económico, así como las características psicológicas del sujeto que las consume y que interactúan con las de la sustancia ingerida, no se lleva a cabo un análisis minucioso de las relaciones existentes entre los distintos componentes involucrados en este fenómeno.

Debido a que una aproximación teórica de este tipo resultaba incompleta, eventualmente se establecieron otras perspectivas en torno a la farmacodependencia, tal es el caso del modelo sanitario o de salud pública y el psicosocial que a continuación se expondrán.

3.3. Modelo médico sanitario o de salud pública

Este modelo también conceptualiza a la farmacodependencia como una enfermedad,⁸⁰ orientándose más a la patología que a la salud. Se basa en el modelo de enfermedades infecciosas⁸¹ y dota a las sustancias psicoactivas de fuerza propia. Además, las presenta como un flagelo que castiga la humanidad, al igual que en épocas anteriores lo fueron las plagas y pestes. En este caso, el usuario es el huésped en donde se aloja el germen representado por las sustancias psicoactivas y el medio ambiente es el medio social y físico (Pons,

⁸⁰ De acuerdo con Leavell y Clark, 1958 (en Martínez y Fernández Repeto, 2007: 15) “cualquier enfermedad en el hombre es el resultado de un proceso dinámico en donde diferentes elementos ambientales y características propias del hombre, entran en interacción y concluyen con la ruptura de un equilibrio llamado Salud”.

⁸¹ Una “enfermedad infecciosa es la consecuencia recíproca del huésped, el medio ambiente y el agente” (Becoña, 1999: 90).

2008). Cuando este modelo se aplica al fenómeno de la farmacodependencia, se busca aumentar la resistencia del individuo frente al agente, protegerlo, aislar al huésped frente al agente y, finalmente, modificar al agente para disminuir su daño (Becoña, 2002).

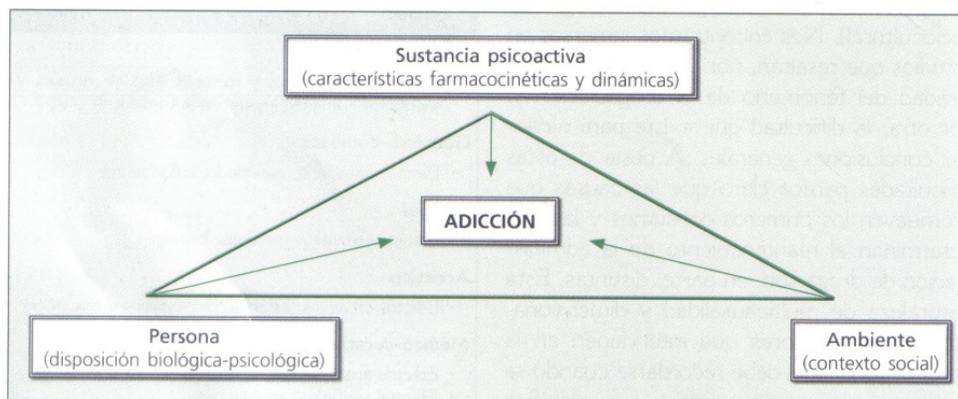


Figura 1. Ámbitos de causalidad del abuso de consumo de drogas y la drogodependencia.

Tabla 7. Ámbitos de causalidad del abuso de consumo de sustancias de acuerdo con el Modelo Médico Sanitario
FUENTE: Lorenzo et al (2009: 28).

Con base en este modelo se considera necesario comprender el proceso adictivo,⁸² lo que incluye el entendimiento del curso clínico de los trastornos por uso de sustancias y la neurobiología de la adicción (Seguel, 1994), con la finalidad de tener un manejo adecuado de los efectos adversos de las sustancias psicoactivas en el usuario. Hace uso de la epidemiología, una disciplina desarrollada fundamentalmente dentro de la medicina preventiva y la salud pública, para conocer la dimensión social, el grado de penetración y expansión del consumo perjudicial y el síndrome de dependencia de sustancias psicoactivas en la sociedad, así como las medidas para prevenir su avance en grupos de riesgo y poder establecer un marco de intervención (SSA, 2002).

⁸² Que va desde el uso hasta el síndrome de dependencia.

Propone que la prevención⁸³ debe basarse en la divulgación de los conocimientos acumulados por la ciencia acerca de qué factores causan los problemas de salud. Además, supone que en función del aprecio que las personas sientan por su salud, el conocimiento de aquello que puede dañarla las disuadirá de llevar a cabo ciertas conductas. Sin embargo, la investigación en el ámbito de las ciencias sociales y de las ciencias de la salud ha comprobado que la información por sí misma no reduce los comportamientos perjudiciales y que no todas las personas conceden a su propia salud una prioridad destacada dentro de su escala de valores (Pons, 2008).

De acuerdo con Rodríguez *et al* (2000), las evaluaciones realizadas a las múltiples campañas de prevención de la farmacodependencia realizadas en Estados Unidos y en Europa occidental que se han basado en este modelo, demostraron que las mismas contribuyeron –contrariamente a lo que se buscaba-, a incrementar los índices de consumo en la población joven a la cual –se suponía- iban dirigidas. Algunas de las razones que se han mencionado con respecto a estos resultados contraproducentes son:

1. La poca credibilidad en los mensajes debido al tono sensacionalista y muy a menudo falso de la información. Así como al trato diferenciado entre las sustancias legales y las ilegales (implicando ante los jóvenes una muestra más de la hipocresía del mundo adulto) y el envío de dobles mensajes contradictorios entre sí.
2. Las diferentes respuestas que presentan los jóvenes y adolescentes ante el peligro y la creencia generalizada que se les atribuye de sentirse inmortales e inmunes.

⁸³ Desde este enfoque, la prevención se entiende como “una defensa ante la amenaza externa que significa la droga (...) La importancia radica en que los preventores conozcan la bioquímica y la neurofisiología de las sustancias (más allá de una descripción exhaustiva de los efectos de cada sustancia en el organismo), las consecuencias para la salud (detallada enumeración de los trastornos asociados con su consumo, destacando aquellos de carácter crónico, irreversible, incapacitante y letal) y, desde la perspectiva epidemiológica, las distribuciones del consumo, el perfil de los usuarios, las repercusiones en morbilidad y mortalidad” (Rodríguez *et al*, 2000: 215).

3. La curiosidad y el deseo de experimentar que se despiertan en los jóvenes y adolescentes al hablarles de los efectos misteriosos y espectaculares de los fármacos (Rodríguez *et al*, 2000: 216).

No obstante tales resultados, los postulados de dicho modelo siguen siendo la base de muchos de los esfuerzos preventivos que se realizan en nuestro país a nivel gubernamental; como son las campañas de la Secretaría de Salud o el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC),⁸⁴ a nivel paragubernamental; como las de Centros de Integración Juvenil (CIJ)⁸⁵ o no gubernamental; como las de Fundación Azteca.⁸⁶ De hecho, este modelo –subyacente a los sistemas de clasificación diagnóstica CIE-10 y DSM- IV TR- es aún vigente en los ámbitos académicos y terapéuticos, por lo que representa gran parte del fundamento teórico que determina las políticas de salud a nivel internacional, enfocadas en el tema de la farmacodependencia y los problemas derivados de ésta, tanto a nivel de prevención como de tratamiento (Carballo, Fernández, García y Secades, 2007).

A pesar de que este modelo ha sido sumamente útil para el control de las enfermedades infecciosas y la eliminación de los contagios masivos, resulta de escasa utilidad al ser aplicado en el tema de la farmacodependencia, pues existen otros factores relacionados en este fenómeno –además del medio y el agente-, que dicho modelo no considera (Becoña, 1999). Asimismo, cuestiones como el

⁸⁴ En el marco del Modelo Construye tu vida sin adicciones se han desarrollado diversos proyectos, estrategias y documentos como: Campañas en medios de comunicación. “¿Adicto yo?”, “Dejar de fumar me conviene” y “La vida es la neta” (CONADIC, 2003: 4).

⁸⁵ Centros de Integración Juvenil, A.C. presentó el 3 de marzo de 2011, la campaña “¡La mona... no es como la pintan!”, con la finalidad de prevenir riesgos y daños asociados al uso de inhalables” <http://cijvoluntarios.blogspot.com/2011/03/campana-la-mona-no-es-como-la-pintan.html>

⁸⁶ Fundación que promueve la campaña “Vive sin drogas”, afirmando que ésta se encarga de “concientizar a jóvenes, adultos y niños en lo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define como: Prevención primaria y secundaria (...) Por medio de una educación formativa e informativa a través de nuestros diferentes proyectos: Campaña en Televisión, Gira Vive sin Drogas, Conferencia “Sembrando Flores de Vida”, “Seminario para Padres” <http://www.fundacionazteca.org/proyectos/vive.aspx>

auto-cambio⁸⁷ han puesto en duda la eficacia de este modelo favoreciendo un enfoque de tipo psicosocial más adecuado con las investigaciones recientes (Carballo *et al*, 2007).

3.4. Modelo psicosocial

Ante las limitaciones de las perspectivas anteriores, se desarrollaron puntos de vista alternativos con hipótesis más enriquecidas, como es caso del enfoque psicosocial. El cual no se centra ni en el individuo ni en la sustancia psicoactiva, por lo que no hace distinción alguna entre las sustancias y sus efectos (según su estatus farmacológico o legal) (Rodríguez *et al*, 2000). En realidad, su punto de interés es la relación que el consumidor mantiene con la sustancia y con el contexto en el que se encuentra inmerso (Tavera y Martínez, 2007).

Carballo *et al* (2007) indican que el enfoque psicosocial concibe a la farmacodependencia, no como una condición crónica del individuo, sino como una conducta o hábito regulado por factores biológicos, psicológicos y sociales. Con lo que se desplaza el foco de atención de la sustancia hacia las características del sujeto y a su entorno inmediato (la familia, el grupo de pares), concibiéndolo como factor importante tanto en un nivel patogénico, como de protección (Rodríguez *et al*, 2000). Además, se considera que el individuo tiene responsabilidad sobre su consumo problemático y un papel activo en su recuperación.

Entiende el consumo de drogas como el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Desde este planteamiento, el consumo de sustancias ya no sería la consecuencia directa de una disfunción orgánica, ni producto de unas características patológicas de personalidad, sino el resultado de la combinación de variables relativas a la sustancia, a la persona y el medio (Lorenzo *et al*, 2009: 90).

⁸⁷De acuerdo con Carballo *et al* (2007: 4) “cuando una persona drogodependiente se recupera sin la intervención de tratamiento formal alguno se dice que se ha recuperado ‘naturalmente’, que se ha producido una ‘recuperación espontánea’ o que ha mejorado mediante un proceso ‘guiado por él mismo’ o ‘auto-cambio’”.

El Modelo preventivo de riesgos psicosociales “Chimalli” establece que el enfoque psicosocial tiene como objeto de estudio “la relación existente entre el organismo humano y su entorno, que incluye aquello que rodea al ser humano (ambiente natural y físico) y las influencias sociales y culturales de las interacciones entre individuos y grupos” (Margain, Castro y Llanes, 2002: 38). Lo cual permite analizar no sólo al individuo y sus procesos, sino también la relación que aquél establece con el ambiente que lo rodea.

El enfoque psicosocial explica que si bien las personas en lo individual tienen que actuar y asumir su responsabilidad, el entorno igualmente tiene que ser modificado para favorecer aquello que las personas quieren hacer en el desarrollo de su salud. Por lo cual incorpora fundamentalmente dos elementos básicos que interactúan: las *variables personales* y las *ambientales*, las cuales al coincidir en un individuo susceptible y en un momento determinado, permitirán la ruptura del equilibrio anterior (no consumo) y aparecerá el consumo de sustancias psicoactivas. Asimismo, considera las características propias de la droga consumida.

3.4.1. Variables propias de la sustancia psicoactiva

De acuerdo con lo que establece el enfoque psicosocial, a diferencia del enfoque biomédico o el médico sanitario, la sustancia como tal no es un elemento fundamental para el inicio, mantenimiento o incremento del consumo, pero toma importancia en la medida en que adquiere un significado, pues tiene una representación y cumple una función determinada en la vida del usuario en un contexto específico (Sánchez y Puig, 2009). Como factores de riesgo propios de las sustancias psicoactivas se pueden enunciar: efectos que provoca en el organismo, características químicas o naturales, capacidad adictiva, vía de administración y oferta y disponibilidad.

3. 4.2. Variables personales

Según este enfoque las personas no son elementos pasivos que se limitan a responder ante los efectos farmacológicos de la sustancia, por el contrario, son protagonistas de la conducta de consumo, pues son quienes dan un significado u otro al riesgo, a las consecuencias o al efecto del consumo y son quienes tienen la posibilidad de aceptar o rechazar las presiones o, incluso, de modificar su ambiente. Este modelo considera como factores personales los relativos a los diferentes aspectos que constituyen la personalidad del individuo con sus rasgos de comportamiento, así como biológicos, hereditarios y motivacionales (Martínez y Fernández Repeto, 2007).

Con respecto a los rasgos de personalidad, se han realizado múltiples investigaciones para identificar aquéllos que aumentan la vulnerabilidad del individuo para presentar un problema de farmacodependencia. Si bien los resultados de tales investigaciones han llevado a formular una larga lista de características, las cuales están con la misma frecuencia, o más, entre personas que nunca desarrollan problemas de consumo perjudicial ni de dependencia de sustancias psicoactivas, aun no se ha establecido una personalidad farmacodependiente previa:

Si bien no existe una personalidad propia del drogodependiente, en general se acepta que, aquellos individuos con problemas de socialización, con un bajo umbral para la frustración, el fracaso y el dolor, que buscan la satisfacción inmediata y que carecen de habilidades sociales para la vida y las demandas de la sociedad, son personas claramente identificables como de alto riesgo. Por lo general, presentan un retraso en su desarrollo personal, con bajo nivel de autocontrol emocional, baja autoestima y pobre autoconfianza (Cattan, 2005:142).

A pesar de lo anterior, se ha observado que el individuo que desarrolla un problema de farmacodependencia “presenta una personalidad caracterizada por un perfil de rasgos que señalan una inmadurez afectivo- emocional, es decir

presenta unos rasgos que son propios del periodo adolescente” (Lorenzo *et al*, 2009:40). Los rasgos incluyen:

Baja autoestima:⁸⁸ Según Musitu y Herrero (2003), la autoestima expresa la forma en que cada persona evalúa el concepto que tiene de sí misma y que representa las consecuencias del diálogo interno que mantiene al valorar el mundo que le rodea y su posición ante la sociedad. Es a su vez, un recurso con el que cuentan las personas para afrontar las situaciones difíciles y acontecimientos vitales estresantes que deben afrontar a lo largo de su ciclo vital. Por tanto, una baja autoestima constituye un factor de riesgo importante para la iniciación y estabilización del consumo de sustancias psicoactivas.

Además, es una variable intensamente vinculada a la *autoeficacia*,⁸⁹ siendo así que un pobre autoconcepto y bajas evaluaciones de la propia confianza se relacionan positivamente y, en consecuencia, generan el consumo de sustancias psicoactivas. Es decir, es más probable que una persona que no se siente capaz de enfrentarse a la oferta de sustancias o de resolver los problemas que la vida le plantea, se convierta en consumidor de tales sustancias (CIJ, 2010).

Baja asertividad:⁹⁰ La asertividad se considera una habilidad personal que le permite al individuo la adecuada expresión de sus opiniones y sentimientos y que, optimiza sus recursos de inteligencia emocional intrapersonal, tales como el control de impulsos, la capacidad de autonomía e independencia de criterio y la autogestión emocional (Moral, Sirvent y Banco, 2011).

⁸⁸ La autoestima es uno de los aspectos de la personalidad que más se deteriora a medida que avanza el proceso de farmacodependencia y que más atención requiere durante su tratamiento (CIJ, 2010a).

⁸⁹ “La autoeficacia, grado en que un individuo se siente seguro y capaz de llevar a cabo una cierta conducta en un contexto situacional específico, es un elemento central en el tratamiento de las conductas adictivas” (Pedrero, 2011: 143).

⁹⁰ Una persona asertiva es aquella que es capaz de expresar sus sentimientos y sus opiniones de forma sincera y clara, comportándose de acuerdo a sus propias ideas y haciendo respetar sus derechos, sin herir a los demás pero sin dejarse abusar (CIJ, 2010a).

Se concibe como una destreza adquirida a través de la experiencia y de la práctica de la comunicación interpersonal, por lo tanto si un individuo no es capaz de mantener sus propias opiniones y de actuar según su criterio, es muy probable que tenga dificultades para enfrentarse adecuadamente a los demás cuando se trata de rechazar la oferta de sustancias psicoactivas (CIJ, 2010b).

Habilidades sociales deficientes:⁹¹ Según Caballo (2007: 6):

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas.

El término de habilidades sociales se utiliza para indicar que la competencia social más que un rasgo de personalidad, es un conjunto de comportamientos adquiridos y aprendidos. Por lo tanto, no tienen que ver con la forma de ser de una persona, sino con el aprendizaje de patrones de conducta. Las habilidades sociales tienen un carácter muy general y se relacionan con el consumo de sustancias psicoactivas sólo en que pueden mejorar la integración social del individuo y, por consiguiente, reducir el riesgo asociado a una situación de marginación o aislamiento (CIJ, 2010a).

Baja tolerancia a la frustración: A lo largo del proceso de desarrollo de la personalidad, el sujeto aprende a postergar la gratificación de sus necesidades, de

⁹¹ Para que los individuos establezcan una relación adecuada y satisfactoria con su ambiente social es necesario que dispongan de una serie de habilidades que les permitan hacerlo. Ejemplos de éstas son: habilidades para saber hacer y recibir cumplidos, iniciar o terminar conversaciones, presentarse adecuadamente, pedir disculpas, preguntar el por qué de su conducta a otro, negarse a peticiones injustificadas, defender los propios derechos, etcétera (ibídem).

tal forma que llega a ser capaz de asumir una cierta dosis de frustración,⁹² la cual es el sentimiento consciente de una discrepancia entre lo que quiere y lo que realmente está disponible. Algunas personas, incapaces de tolerar la frustración, requieren la satisfacción inmediata de sus necesidades, de forma que el consumo de sustancias psicoactivas puede parecerles inicialmente un medio rápido para lograr el placer inmediato (CIJ, 2010).

Algunos autores han asociado la timidez, la inseguridad y la dependencia afectiva a sentimientos de pasividad y el consumo se realiza para “pasar el rato” (consumo por sentimientos de aburrimiento). Mientras que la baja tolerancia a la frustración y los sentimientos de culpabilidad e inferioridad dan lugar a un consumo para “huir” –consumo evasivo- (Lorenzo *et al*, 2009: 40).

Elevada necesidad de aprobación social y falta de autonomía respecto al grupo: A lo largo del proceso de socialización se aprende a valorar los refuerzos sociales, entre los que la aprobación de los demás es uno de los más importantes. Algunas personas tienen mayor necesidad de obtener tal aprobación, lo cual les puede llevar a una situación de extrema dependencia respecto al grupo ya que, para lograrla, ajustarán su conducta a las exigencias de los demás sin tener en cuenta si se trata de un comportamiento adecuado e ignorando los costes personales que ello pueda suponer. En un ambiente de cierta presión hacia el consumo de sustancias psicoactivas, las personas que no sean capaces de

⁹²De acuerdo con Leal y Heman (1998), existen algunos procesos que describen claramente una situación de frustración como un sistema de perturbación:

1. Percibimos que no podemos tener lo que queremos cuando nosotros lo queremos.
2. Nos decimos que no podemos tolerar el que sucedan las cosas y esta forma de auto-verbalizaciones inicia un proceso de intolerancia.
3. Nos repetimos el mensaje de que no podremos detener la experiencia frustrante, y esto llega a fijarse en nuestras mentes.
4. Nos preocupamos en medir lo intensa e intolerable que es nuestra frustración, lo que nos limita para considerar otras alternativas.
5. La intensidad de los estados emotivos que experimentamos nos impide aprender de nuestras experiencias y, por consiguiente, repetimos el patrón.

mantener una postura independiente del grupo, aunque ello les suponga perder la aprobación de los demás, tienen mayores probabilidades de incorporarse a dicho consumo (CIJ, 2010a).

Lugar en que se sitúa la causa de los acontecimientos (*Locus de control social*): El lugar de control es una variable de personalidad que tiene que ver con el lugar en que las personas sitúan la causa de los acontecimientos que les suceden. El concepto se refiere al grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella (CIJ, 2010). Existen dos tipos diferentes de *locus de control* (Casique y López, 2007):

1. *Locus de control interno*: Se refiere a que el individuo percibe que un determinado evento reforzador es contingente con su propia conducta, es decir, considera que ejerce influencias importantes sobre el curso de su propia vida.
2. *Locus de control externo*: Es cuando el individuo percibe un refuerzo como una consecuencia indirecta de su comportamiento y posee la creencia de que estos acontecimientos están determinados por fuerzas externas fuera de su alcance, tal como la suerte o el destino.

Las personas que tienden a pensar que sus problemas no se deben a sus propias características sino a factores externos pueden tender a solucionarlos mediante recursos externos, por ejemplo, mediante el consumo de sustancias psicoactivas.

Dificultad para el manejo del estrés: La adolescencia, especialmente la adolescencia media (de 14 a 16 años), se considera un periodo muy importante a lo largo del ciclo de vida que va acompañada de un aumento del estrés. Implica hacer frente a una serie de retos y nuevas obligaciones que coinciden con los cambios biológicos y físicos de la pubertad y con fluctuaciones en el funcionamiento emocional, cognitivo y social del individuo (Calvete y Estévez, 2009).

Como consecuencia, a menudo se experimenta depresión y otras emociones negativas, lo cual ha llevado a sugerir que el consumo de sustancias psicoactivas podría representar un intento –disfuncional- de manejo de estas dificultades de adaptación. Además, ya que algunos de los efectos de las sustancias psicoactivas sobre el sistema nervioso generan sensaciones de relajación o de bienestar. Cuando se tiene dificultades para controlar la sensación de estrés que genera el ambiente, es probable que se recurra al consumo de tales sustancias (CIJ, 2010).

Tendencia a actuar impulsivamente: Esto implica considerar pocas alternativas de solución de los problemas, aceptar irreflexivamente la primera idea que viene a la mente sin valorar de forma cuidadosa las consecuencias de estas decisiones (Palomar, Harari y Juárez, 2010). En un estudio realizado por Bravo de Medina, Echeburúa y Aizpiri (2007), se encontró que los pacientes dependientes de alcohol presentaban un mayor nivel de impulsividad que los participantes de un grupo control clínico y un grupo control sano. Rodríguez *et al* (2006: 68) señalan que el consumo de sustancias psicoactivas –sobre todo en jóvenes de estrato socioeconómico bajo- “tiende a estar relacionado con una baja capacidad de control de impulsos, conductas agresivas y una marcada dificultad para establecer relaciones sociales saludables”.

Por otra parte, Souza y Machorro (2005) establece que los rasgos de personalidad que influyen en la farmacodependencia son el género, alteraciones en los esquemas cognitivos,⁹³ disfunción en la autoeficacia, dificultad para expresar adecuadamente las emociones, falta de conformidad con las normas

⁹³ En particular Young y Klosko (en Calvete y Estévez, 2009) propusieron la existencia de un dominio de esquemas cognitivos disfuncionales que se asociarían a problemas tales como la conducta agresiva y la farmacodependencia. Además, los esquemas cognitivos relacionados con la falta de límites motivarían el consumo de sustancias psicoactivas especialmente en concurrencia con un estilo impulsivo.

sociales,⁹⁴ elevada búsqueda de nuevas sensaciones.⁹⁵ Además, cumplen un papel importante la psicopatología⁹⁶ y la comorbilidad psiquiátrica.⁹⁷

Con respecto a las motivaciones⁹⁸ que se vinculan con el consumo de sustancias psicoactivas, es posible apreciar que de acuerdo con Lorenzo *et al* (2009) existe una motivación de satisfacer la curiosidad sobre los efectos de la sustancia en un ámbito de escasa percepción de riesgo. Así como de adquirir la sensación de pertenecer a un grupo para ser aceptado, de expresar independencia u hostilidad

⁹⁴ Los individuos que tienden a transgredir las normas que regulan el comportamiento de las sociedades (conducta antisocial) pueden verse impulsadas a consumir sustancias por el mero hecho de incumplir la norma (CIJ, 2010).

⁹⁵ Las personas que muestran una elevada búsqueda de sensaciones se caracterizan por una tendencia a experimentar sensaciones nuevas e intensas, a menudo sin reparar en los riesgos que ello implica. Diversas investigaciones han mostrado la relación de este rasgo de personalidad con diferentes conductas de riesgo, entre las que se encuentra la implicación en el consumo de sustancias (ibídem). Para Lorenzo *et al* (2009), la tendencia a actuar impulsivamente, los sentimientos inconformistas y la búsqueda de nuevas sensaciones llevan a consumos para “experimentar” (consumo por desafío).

⁹⁶ “Sólo en un grupo reducido de pacientes drogodependientes (el 10-20% de los casos), puede apreciarse una estructura psicopatológica de personalidad previa. No obstante este porcentaje es mucho mayor entre los heroínómanos, donde el trastorno disocial de la personalidad es el más importante. Algunos autores defienden que estos rasgos psicopatológicos se adquieren durante el desarrollo de la dependencia y que desaparecen tras un periodo prolongado de abstinencia” (Lorenzo *et al*, 2009: 40).

⁹⁷ Lo cual implica la coexistencia de un trastorno por abuso de sustancias con trastornos del estado de ánimo o de personalidad o una combinación de los mismos. Las comorbilidades típicas entre los pacientes bajo tratamiento por consumo de sustancias incluyen dependencia y trastorno de personalidad antisocial, trastornos depresivos o de ansiedad (Flynn, Craddock, Luckey, Hubbard y Dunteman, 1998). A partir de los datos clínicos relevantes del historial de consumidores de sustancias psicoactivas, se han detectado trastornos de personalidad que se presentan en edades tempranas, como son “trastorno de déficit de atención con hiperactividad, disocial, negativista desafiante, de comportamiento perturbador, de ansiedad por separación, reactivo de la vinculación de la infancia, trastorno de personalidad por evitación y trastorno de personalidad por dependencia” (Rodríguez *et al*, 2000: 221).

⁹⁸ Aspecto en el que se encuentran cuestiones conductuales, cognitivas, así como actitudes y valores. Entre las cuestiones conductuales se aprecia: insatisfacción con la utilización del tiempo libre, bajo aprovechamiento escolar y falta de habilidades sociales. Mientras que las cuestiones cognitivas, así como actitudes y valores hacen referencia a la falta de conocimiento acerca de las sustancias psicoactivas, expectativas positivas respecto a las consecuencias del consumo de sustancias psicoactivas, falta de habilidades para tomar decisiones o resolver problemas, actitudes favorables hacia las sustancias psicoactivas, sobreestimación de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y confusión en el sistema de valores (Lorenzo *et al*, 2009).

y rebeldía, de tener experiencias emocionantes o peligrosas, de adquirir un estado superior de conocimiento o capacidad creadora, de conseguir una sensación de bienestar y tranquilidad, de escapar de algo y necesidad de evadirse de la realidad.

Relación entre rasgos de personalidad, motivaciones y consumo			
Rasgos de personalidad	de	Motivación	Justificación del consumo
Timidez, inseguridad, dependencia afectiva		Para “pasar el rato”	Por aburrimiento
Baja tolerancia a la frustración, sentimientos de culpa e indefensión		Para huir	Evadirse de la realidad
Inconformismo, búsqueda de sensaciones		Para experimentar	Por desafío

Tabla 8. Relación entre rasgos de personalidad, motivaciones y consumo
FUENTE: Tomado de Lorenzo et al (2009: 41).

Lorenzo *et al*(2009) indican que los rasgos de personalidad y las motivaciones, sin dejar de considerar la disposición genética (vulnerabilidad biológica), corresponden con factores evolutivos, entre los cuales la *adolescencia* se considera como un periodo de especial riesgo en el consumo de sustancias psicoactivas.⁹⁹ Suele ser una época en que el individuo empieza a asumir responsabilidades de adulto y a encaminarse hacia el grupo de pares, especialmente hacia las relaciones heterosexuales. Por tanto, las estructuras y reglas familiares que fueron suficientes cuando el usuario estaba más involucrado

⁹⁹ El consumo de drogas es un fenómeno relacionado con el desarrollo, que aumenta casi linealmente desde el comienzo hasta el final de la adolescencia (Calvete y Estévez, 2009).

con la familia y era más dócil a su influencia, empiezan a fracturarse y el consumo perjudicial o dependiente de sustancias psicoactivas puede ser una de las formas adoptadas para hacerle frente a esta situación (Todd, 1988).

3.4.3. Variables ambientales¹⁰⁰

En este aspecto, las personas más significativas y/o inmediatas actúan como modelos, además de que la necesidad de aprobación social funciona como un reforzador de la conducta individual (Sánchez y Puig, 2009). Entre estas variables encontramos:

Grupo de pares:¹⁰¹ En el desarrollo psicológico normal de cualquier adolescente se da el deseo de integrarse a un grupo afín, con objeto de obtener un intercambio social. De modo que si los miembros del grupo al que se une el sujeto, en este

¹⁰⁰ Las cuales se refieren al conjunto de condiciones e influencias externas favorecedoras del consumo de sustancias psicoactivas, tales como sociedades permisivas en cuanto al consumo de sustancias psicoactivas, aumento de la oferta de tales sustancias o presencia excesiva de éstas en la comunidad (sobreproducción, paso del rito a la industrialización, numerosos puntos de venta, transporte fácil, rápido y económico, gran movilidad geográfica de las personas, publicidad y otros métodos de promoción y carácter altamente lucrativo de la venta) (Martínez Delgado y Fernández Repeto Guilloto, 2007). Así como desempleo, marginación, entre otras, las cuales hacen que el consumo de sustancias psicoactivas se vea favorecido.

¹⁰¹ De acuerdo con Lorenzo *et al* (2009), entre los factores de riesgo en éste ámbito se encuentran:
Disponibilidad y acceso a sustancias en el grupo de amigos. Fiestas o reuniones de amigos donde se consume tabaco, alcohol y otras sustancias psicoactivas. La mayoría de los jóvenes que se inician, obtienen la sustancia de personas de su edad (amigos y compañeros) y no de adultos.
Consumo de sustancias psicoactivas entre compañeros y amigos y por lo tanto tolerancia hacia el consumo por parte de este grupo. El grupo proporciona apoyo, seguridad y el deseo de abandono del consumo de la sustancia, si existiera en algún momento, no suele prosperar porque significaría perder la relación con el grupo y su protección.
Presión de los amigos para que se consuma alguna sustancia psicoactiva. Y conductas delictivas o antisociales por parte de los amigos. En grupo se establecen normas diferentes a las individuales, además tienen lugar los fenómenos de imitación e incluso por temor al grupo se hace lo que sus otros miembros hacen. El liderazgo y la cohesión grupal son componentes fundamentales, por lo tanto los intereses y expectativas de los compañeros del grupo contribuyen a los primeros consumos y más aún si los consumidores son miembros influyentes del mismo. Debido a que la fuerza del grupo arrastra a todos sus miembros, los más débiles serán los más afectados.

caso el adolescente, consumen sustancias psicoactivas, éste tiene un alto riesgo de adoptar la misma conducta.

Los pares o coetáneos pueden constituirse en una influencia importante en el inicio y progreso del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas. Se ha indicado que cuando los pares de un adolescente usan drogas, éste tiene una alta probabilidad de usarlas también aunque no estén presentes otros factores de riesgo. De hecho, junto con el inicio temprano, este factor de riesgo constituye uno de los más poderosos predictores del uso o abuso (Rodríguez *et al*, 2007).

Ambiente familiar: Entre los diversos estudios que han informado acerca de la importancia de factores familiares con respecto a la farmacodependencia, es posible encontrar dos enfoques distintos que contribuyeron al avance en este tema.

Por un lado, algunos terapeutas familiares que presentaron trabajos clínicos realizados con familias de pacientes farmacodependientes que se enfocaban en casos como los de madres sobreprotectoras,¹⁰² padres periféricos,¹⁰³ hijos sobreinvolucrados (Cirillo *et al*, 1999). Por el otro, algunas investigaciones se desarrollaron con base en datos cuantificables, en ellas se analizaron diversos factores frecuentes en el contexto familiar de los consumidores de sustancias, tales como las edades de los integrantes, la relación del miembro consumidor con su padre y madre, con el orden de nacimiento con relación a sus hermanos, etcétera.

¹⁰² Es una madre apegada, sobreprotectora con una relación indulgente y permisiva para el farmacodependiente, minimizando la problemática de la farmacodependencia. Las actitudes de sobreprotección crean en el niño y después en el adolescente sentimientos de inseguridad e indefensión. Dificultan, en definitiva, el proceso madurativo y su capacidad de tomar decisiones de forma autónoma.

¹⁰³ Es un padre que se observa distante, desapegado y ausente; débil o demasiado rígido.

Por otra parte, se consideraron factores como la estructura familiar disfuncional: en la que se daba la ausencia de uno o ambos padres (por divorcio, enfermedad, muerte, etc.). No se requiere que la desestructuración familiar sea observable por la existencia de una ruptura matrimonial, sino que resulta igual o más dañino un nivel interno de conflicto en la pareja. La falta de cohesión familiar o baja cohesión familiar, es decir, actividades dispersas de los integrantes, ausencia de espacios para la convivencia familiar, vínculos débiles entre sus miembros, etc. Lo cual lleva a un clima afectivo inadecuado con conflictos, inexpresión emocional, represión, etc., siendo la falta de comunicación la que genera que los hijos con frecuencia recurran a otras personas, fundamentalmente a los amigos, en busca de consejo y apoyo (Lorenzo *et al*, 2009).

Además de un estilo educativo familiar rígido, laxo o caótico, en el que se manifiesta una carencia de disciplina y organización con reglas y roles poco claros, ausencia o distorsión de la comunicación, falta de jerarquía y de límites en el funcionamiento familiar que lleva a una deficiente educación normativa. Tanto los estilos paternos autoritarios como los permisivos son inadecuados (Becoña, 1999).

Actualmente se sabe que distintos tipos de crianza de los padres influyen en la conducta de los hijos, en este sentido son esenciales dos variables: el control y la calidez paterna. “El control paterno se refiere a como son de restrictivos los padres; la calidez paterna al grado de afecto y aprobación que tienen con sus hijos” (Becoña, 2007: 13). De esta forma, las consecuencias, a largo plazo, de la falta de afecto de los padres y/o de la falta de respeto a las normas, se reflejan en una conducta social desadaptada por parte de los hijos. Es decir, en un mayor riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas (Lorenzo *et al*, 2009).

Es importante destacar que el consumo de sustancias psicoactivas por parte de familiares o presión de la familia para usar tales sustancias, se considera otro factor. Si existen modelos paternos de consumo de sustancias psicoactivas de tipo

legal, a veces incluso ilegales, se aprende como una forma de solución siempre que surge algún tipo de problema (modelado social), produciéndose una identificación. A veces no es el consumo por parte de los padres *per se*, sino que se trata de la transmisión de una actitud positiva hacia las sustancias psicoactivas (Gómez, 2008; CIJ, 2010).

Ambiente escolar: En el contexto escolar pueden existir una serie de características que actúan desfavorablemente en el desarrollo psicológico del niño y adolescente, favoreciendo de este modo que se produzca el consumo de sustancias psicoactivas, si éstas le son ofrecidas. De acuerdo con Lorenzo *et al* (2009), dichas características son: clima escolar negativo,¹⁰⁴ clima escolar sin política clara en relación al consumo de sustancias psicoactivas,¹⁰⁵ clima escolar indisciplinado e inseguro¹⁰⁶, clima escolar de bajas expectativas con ausencia de recursos humanos y materiales para el aprendizaje,¹⁰⁷ clima escolar rígido.¹⁰⁸

¹⁰⁴Caracterizado por actitudes poco comprensivas y autoritarias por parte de los profesores, que no permiten la participación de los alumnos en las tareas y las decisiones escolares. Con una relación con los alumnos excesivamente fría y racional, mostrando una falta de interés por lo humano. Y en el que se da despersonalización del alumno, hasta considerarlo un “objeto” que recibe enseñanza. Por tanto, existe una falta de comunicación con el alumno que hace que éste perciba al profesor como una persona en la que es imposible confiar (Lorenzo *et al*, 2009).

¹⁰⁵ En el que se da una escasa preparación de los maestros y profesores, los cuales no están bien capacitados para abordar la problemática de la dependencia de sustancias psicoactivas en sus aulas, así como la oferta y/o consumo de sustancias psicoactivas en la escuela, además de la tolerancia hacia dicho consumo en la escuela (ibídem).

¹⁰⁶ Favorece que grupos con conductas de consumo asuman un control en las aulas, con una falta de integración e identificación con el grupo escolar., así como desinterés por parte de los alumnos en las actividades escolares, escasa participación de los alumnos en actividades extracurriculares y hábitos de estudio caóticos (ídem).

¹⁰⁷ Que, a veces, conlleva la imposibilidad de la adecuación de la enseñanza a las necesidades individuales del alumno, dando lugar al fracaso escolar, bajo aprovechamiento escolar y ausentismo o deserción escolar (Lorenzo *et al*, 2009).

¹⁰⁸ La rigidez de las estructuras escolares provoca el rechazo de la escuela y sus contenidos. Esta actitud se acrecienta si se suma a un contexto competitivo y el alumno vive su fracaso escolar como la primera experiencia de fracaso social. Todo esto potencia un deterioro de la autoestima y un distanciamiento del mundo de los adultos (ibídem).

Por otra parte, dentro de las variables ambientales, no sólo se consideran los factores microsociales ya abordados, sino los macrosociales, los cuales son factores externos al individuo, propios del contexto, que se refieren al entorno social amplio, relacionados con la estructura demográfica, económica, legal y normativa de una sociedad (CIJ, 2010).

De esta manera, los problemas sociales como la pobreza, la migración, el desempleo, el trabajo precario, la reducción y transformación de la intervención estatal, la violencia, los delitos, la criminalización y represión de determinados grupos sociales, se relacionan no sólo con los cambios en las sustancias predominantes y con sus modos de consumo, sino con la profundización de las fracturas sociales por las que determinados sectores de la población son más susceptibles de enfermar y morir de forma temprana (Epele, 2007).

Lo anterior asociado con cuestiones como servicios de salud, educativos y recreativos insuficientes, fácil disponibilidad y acceso a las sustancias, además de una actitud social tolerante hacia el consumo de las mismas y la consecuente normalización del consumo vinculada con una baja percepción de riesgo. Así como la persuasión al consumo de sustancias psicoactivas de tipo legal por parte de la publicidad, que difunde aspectos como su asociación con el éxito, dinero y poder sin mostrar las consecuencias adversas del consumo (Lorenzo *et al*, 2009).

El Consejo Nacional contra las Adicciones señala que el enfoque psicosocial considera que la farmacodependencia es un problema que presentan aquellas personas que no cuentan con las capacidades individuales y sociales para hacerle frente, por lo que se centra en el contexto del consumidor de sustancias psicoactivas como un factor determinante, no sólo durante el desarrollo de este fenómeno, sino en la prevención del mismo, destacando el papel de la educación como vía para promover estilos de vida saludables (Tavera y Martínez, 2007).

Como su interés es promover estilos de vida saludables por medio de la educación, se centra en la formación –más no en la información- de actitudes de autocuidado y comportamientos que eviten el consumo de sustancias y permitan mejorar las relaciones interpersonales; mediante programas alternativos de actividades para la salud integral y el desarrollo humano y personal (Tavera y Martínez, 2007). Asimismo, plantea que con base en el análisis de los datos epidemiológicos se pueden identificar factores de riesgo¹⁰⁹ y de protección para así construir indicadores útiles en la prevención del consumo de sustancias psicoactivas (Rodríguez *et al*, 2000). Estos dos tipos de factores¹¹⁰ no son opuestos, sino que realizan una interacción entre ambos para que finalmente se dé o no el consumo de sustancias psicoactivas.

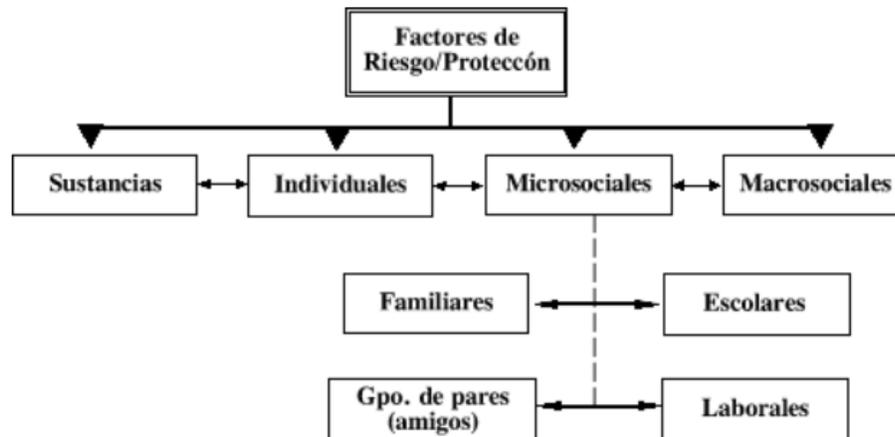


Tabla 9. Factores de riesgo y protección.
FUENTE: Tomado de Sánchez y Puig, 2009.

¹⁰⁹ Sánchez y Puig (2009) considera que para poder tener un mejor entendimiento del fenómeno de la farmacodependencia desde el enfoque psicosocial, es importante conocer cuáles son los factores de riesgo asociados, entre los que se encuentran aquéllos propios de las sustancias psicoactivas, los del individuo, así como los factores micro y macrosociales.

¹¹⁰ De acuerdo con la Guía para el promotor de “Nueva Vida”, que elaboró el Consejo Nacional contra las Adicciones para la prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida: “los factores de riesgo son circunstancias que hacen más probable que una persona se inicie en el consumo de drogas; los de protección inhiben, atenúan o reducen esta posibilidad” (Tavera y Martínez, 2007: 33).

El siguiente cuadro describe cómo los factores de riesgo y de protección afectan a las personas en cinco ambientes, en los que se pueden realizar las intervenciones psicosociales preventivas con respecto a este fenómeno:

Ambientes	Factores de riesgo	Factores de protección
Individual	Conducta agresiva precoz	Auto-control
Familia	Falta de supervisión de los padres	Monitoreo de los padres
Compañeros	Abuso de sustancias	Comunicación entre pares
Escuela	Disponibilidad de sustancias psicoactivas	Políticas anti-drogas
Comunidad	Pobreza	Fuerte apego al barrio

Tabla 10. Ambientes en los que influyen los factores de riesgo y protección.
FUENTE: Tomado de Tavera y Martínez (2007: 33).

Por otra parte, las intervenciones que se realizan desde este enfoque analizan tanto los pensamientos como el comportamiento relacionado con el consumo de sustancias psicoactivas. La finalidad de estas técnicas es la de modificar ambos (creencias y conductas) por otros más adecuados o adaptativos. Las más utilizadas son las estrategias de prevención de recaídas,¹¹¹ técnicas de autocontrol¹¹² y entrenamiento en habilidades sociales.¹¹³

¹¹¹ Un aspecto esencial de estos programas es la evaluación individual de los procesos implicados en las recaídas: las situaciones de alto riesgo, las habilidades para reconocer tales situaciones y las estrategias de afrontamiento de los sujetos en esas situaciones, por lo tanto se debe prestar especial atención a las áreas deficitarias del paciente, con el fin de definir los aspectos prioritarios del proceso terapéutico y planificar el programa de entrenamiento en habilidades específicas (Secades, 1997).

¹¹² Se concentran en que la persona conozca su conducta problema y sea capaz de afrontarla mediante determinadas técnicas sin llevarla a la práctica, con el propósito de alcanzar metas a largo plazo. El terapeuta le ayuda al paciente a establecer condiciones favorables para el cambio, le enseña estrategias como el llenado de auto registros, cambio de estímulos discriminativos, técnicas encubiertas, entre otras, para conseguirlo y lo refuerza por los avances conseguidos. Estas técnicas conceden una gran importancia al mantenimiento de los cambios, especialmente a través de la utilización de auto refuerzo, cuando la conducta toma la dirección esperada y, en caso contrario, el autocastigo (Oblitas, 2004).

¹¹³ Permiten mejorar su competencia social cuando carecen de aptitudes personales e intrapersonales adecuadas, así como de capacidad para controlar su estado emocional sin recurrir al consumo de sustancias psicoactivas (Monasor, Jiménez y Paloma, 2003).

En este punto, se considera importante mencionar las bases teóricas que sustentan este modelo, el cual considera el consumo de sustancias psicoactivas como una conducta aprendida, por lo que el aprendizaje social-cognitivo es un fundamento teórico importante del mismo, pues “explica cómo se origina y mantiene la conducta de consumo, integrando los mecanismos de aprendizaje del condicionamiento clásico, condicionamiento operante y modelado” (Lorenzo *et al*, 2009: 90).

Desde la perspectiva del **condicionamiento clásico** o **respondiente**, los estímulos que un principio eran neutros adquieren el poder de provocar conductas asociadas previamente a otros estímulos por el proceso de condicionamiento. En su aplicación al fenómeno de la farmacodependencia, este modelo destaca la importancia que tienen los estímulos ambientales para provocar la conducta de consumo, ya que mediante su asociación repetida a esta conducta pueden suscitar fuertes deseos de consumación de la misma –*craving*- (Araque y Díaz, 2007).

Por tanto, este tipo de condicionamiento aporta información útil con respecto a cuáles son las condiciones en que los estímulos físicos, ambientales o sociales presentes en el momento de administración de la sustancia se convierten en determinantes primordiales del consumo, al provocar una respuesta condicionada compensatoria, fuertemente incómoda y favorecedora de la conducta dirigida a su alivio, mediante la autoadministración de la sustancia (Araque y Díaz, 2007).

Diversos estudios han demostrado que la asociación de estímulos previamente neutros con los efectos de sustancias psicoactivas provocan que dichos estímulos adquieran propiedades como reforzadores secundarios. Hay diversos estímulos que pueden ser asociados con los efectos de las sustancias, tales como olores, sonidos, personas y sensaciones que aparecen durante el consumo y que predicen los efectos de la sustancia (Pedrero, 2011):

Todos los implementos (agujas, frascos, botellas, paquete de cigarrillos) y conductas asociadas (estímulos ambientales: amigos, hora del día, calle, etc.), así como los estímulos interoceptivos (piloerección, sudoración, taquicardia, inquietud motora, etc.) se convierten en “señales” de la posible disponibilidad de la sustancia psicoactiva y en su presencia, los deseos de experimentar ésta aumenta, es decir, da lugar a un condicionamiento contingente (Lorenzo *et al*, 2009: 11).

Los estímulos condicionados pueden –sin otra ayuda- producir los síntomas del síndrome de abstinencia o de los efectos placenteros. El potencial de los estímulos condicionados para producir estos efectos varía con cada persona y con cada tipo de sustancia (Pedrero, 2011). Según Lorenzo *et al* (2009) este tipo de aprendizaje, al cual antes no se le prestaba atención, se considera hoy en día, muy involucrado, más que con los síntomas del síndrome de abstinencia agudo propiamente dichos, con las recaídas del consumidor de sustancias.

Por su parte, el **condicionamiento operante** o **instrumental** basado en la influencia de las consecuencias gratificantes o aversivas para alterar la probabilidad de realización de conductas ya existentes o para moldear progresivamente la adquisición de nuevos comportamientos, explica “la adquisición, mantenimiento, o extinción de las conductas en función de las consecuencias hedónicas que el sujeto encuentra tras su realización, ya sean gratificantes, aversivas, o neutras” (Araque y Díaz, 2007: 138). Lo cual tiene una utilización clara en la explicación del inicio, mantenimiento y abandono en el consumo de sustancias psicoactivas.

Como el condicionamiento operante establece que los comportamientos persisten por su consecuencias y que el refuerzo es cualquier acontecimiento que aumenta la probabilidad de una conducta y da lugar a un condicionamiento “respondiente” (Lorenzo *et al*, 2009: 11), los efectos inmediatos de las sustancias psicoactivas son reforzadores positivos porque son un “premio o recompensa”. Es decir, pueden producir una varias o todas las siguientes situaciones: “vivencia

placentera, vivencia de evasión y vivencia de aprobación de los amigos” (Lorenzo *et al*, 2009).

Por otro lado, cuando se le retira el consumo de la sustancia, el individuo sufre un cuadro clínico muy desagradable, lo que se convierte en un *reforzador negativo* porque se busca y se consume la sustancia para suprimir los efectos aversivos debidos a su ausencia. En ambos casos se responde ingiriendo más de esa sustancia:

Para la instauración de la dependencia se suman los efectos reforzadores positivos y negativos de la sustancia psicoactiva que abocan directamente a cambios comportamentales en la persona, es decir, a una acción incoercible de búsqueda, obtención y consumo de la sustancia. Estos refuerzos contribuyen, por tanto, al aprendizaje y mantenimiento de las conductas preparatorias (de acercamiento) y consumatorias (Lorenzo *et al*, 2009: 11-12).

Finalmente, el **modelado o aprendizaje social**¹¹⁴ señala al “contexto social como el marco básico del desarrollo de los complejos patrones de comportamiento del ser humano” (Araque y Díaz, 2007: 137). Por lo tanto, desde esta perspectiva cobran importancia los patrones de conducta de quienes sean las figuras a imitar (modelo social de referencia). Particularmente, se imitará la conducta de alguien a quien se admire, mientras que la fuerza de esta imitación depende de la calidad de la relación con dicha figura (Lorenzo *et al*, 2009). “El modelado ha sido fuertemente implicado en la transmisión transgeneracional del consumo de sustancias y también en la iniciación del consumo de sustancias en adolescentes, una vez que son expuestos al consumo de sus pares” (Acuña, 2009: 5).

¹¹⁴ Teoría propuesta por Albert Bandura entre las décadas de los años setenta y ochenta, en la que incluye el aprendizaje social, vicario o modelado como elemento práctico que permite explicar y cambiar cierto tipo de conductas y se basa en “los principios del aprendizaje, la persona y su cognición junto a los aspectos del ambiente en que lleva a cabo la conducta” (CIJ, 2010).

El aprendizaje social –que tiene como referentes subyacentes el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario-¹¹⁵ posee una gran capacidad de integración de los distintos paradigmas existentes respecto al aprendizaje humano, por lo que constituye el fundamento de lo que se ha denominado Terapia Cognitivo Conductual (Araque y Díaz, 2007). La mayoría de las investigaciones se han orientado hacia el estudio de las expectativas de autoeficacia. Asimismo, varios de los programas preventivos más eficaces parten de la teoría del aprendizaje social, utilizando algunos de sus componentes o los sustentan junto con otras teorías (CIJ, 2010).

Por lo tanto, las teorías basadas en el aprendizaje social han sido aplicadas al tema de la farmacodependencia, “sirviendo de base para el desarrollo de intervenciones¹¹⁶ orientadas a la prevención de recaídas en la deshabituación en la conducta adictiva” (Fernández y Llorente del Pozo, 2006: 252). Además, por su eficiencia como proceso de aprendizaje:

Los pacientes que cuentan con falta de asertividad o pobres habilidades de rechazo de oferta de sustancias se ven muy beneficiados de conocer las estrategias de enfrentamiento desarrolladas por otros pacientes, siendo el *role-playing* una técnica altamente valiosa en este sentido (Acuña, 2009: 5).

¹¹⁵ Bandura, establece que existen tres sistemas que regulan la conducta:

1. El que está constituido por los acontecimientos o estímulos externos, que afectarían a la conducta principalmente a través de los procesos de condicionamiento clásico;
2. El conformado por las consecuencias de la conducta en forma de refuerzos externos. Ejercen su influencia por medio de los procesos de condicionamiento operante.
3. El último hace referencia a los procesos cognitivos, que regulan la influencia del medio, determinando los estímulos a los que se prestará atención, la percepción de los mismos y la propia influencia que éstos ejercerán sobre la conducta futura (Bandura, 1982).

¹¹⁶ Fundamentalmente, estas intervenciones consideran que la deshabituación de sustancias psicoactivas tiene más probabilidad de éxito si se aumenta en el sujeto cinco componentes: “(1) la ubicación en una situación psicológica favorable al cambio y extinción de la conducta adictiva, (2) las expectativas de control sobre las conductas necesarias para alcanzar dichos cambios, (3) las expectativas de resistir los deseos de consumir sustancias de abuso, (4) las expectativas de resultados positivos contingentes al cambio y (5) la valoración positiva de las consecuencias y resultados contingentes a este cambio en la conducta adictiva” (Fernández y Llorente del Pozo, 2006: 252).

Antes de concluir este capítulo, se presentarán las diferencias del enfoque psicosocial con respecto al modelo biomédico o médico sanitario:

1. Aún sin intervención biomédica puede haber recuperación. A pesar de que no todos los sujetos pueden modificar su consumo perjudicial o dependiente de sustancias psicoactivas sin ayuda externa, ya sea por la gravedad éste o por el deterioro de sus condiciones físicas y sociales, la “recuperación natural” parece “la vía preferente de recuperación entre los que abandonan o reducen el consumo de alcohol y otras sustancias, aunque se desconoce si dicha mejoría presenta diferencias sustanciales en función de la sustancia consumida o del contexto cultural de los adictos” (Carballo *et al*, 2007:661).

2. La presencia de recaídas durante la intervención es el resultado de la interacción de los distintos factores que determinan la presencia de la farmacodependencia. En el enfoque psicosocial, las recaídas se consideran como un fracaso de los mecanismos de afrontamiento del sujeto frente a los condicionantes contextuales de su conducta (Carballo *et al*, 2007) y no como una “debilidad biológica”.

3. El objetivo de la intervención puede ser el “consumo controlado”. De acuerdo con este enfoque la incapacidad para autocontrolarse es el resultado de las determinantes contextuales y la capacidad de afrontamiento del consumidor de sustancias psicoactivas, por lo que no debe considerarse como una característica crónica de su persona (Carballo *et al*, 2007). Debido a que este enfoque no asume que existe una pérdida de control total por parte del individuo sobre su consumo de sustancias psicoactivas, ni que éste es una enfermedad crónica e irreversible, en ciertas circunstancias “el aprendizaje o adquisición de un consumo controlado puede ser el objetivo del tratamiento” (Lorenzo *et al*, 2009: 90).

Otras diferencias se refieren a (Rodríguez *et al*, 2000):

1. Reconoce que el fenómeno de la farmacodependencia es más complejo que lo que suponen otros enfoques, pues resalta la importancia del contexto inmediato y reconoce las diferencias individuales.

2. Existe un **cambio de paradigma de acuerdo con el contenido y los métodos**. En lugar de hacer uso de mensajes disuasivos negativos basados en publicidad adversa para disuadir a los consumidores –presentes y futuros-, se promueven mensajes persuasivos proactivos, que muestran las ventajas de un estilo de vida saludable. En cuanto a los métodos se observan intervenciones sistemáticas, consistentes, constantes, por periodos de tiempo considerables; en lugar de campañas masivas y eventos esporádicos.

3. Cambio de perspectiva con respecto a la comunidad. Ya no se le considera como receptora pasiva de los servicios o de la información, sino como un ente activo con capacidad de planear e investigar.

Finalmente, las críticas que se le hacen al enfoque psicosocial indican que si bien propone una visión más compleja en torno al fenómeno de la farmacodependencia, aún así no es lo suficiente. Pues se concentra demasiado en el contexto inmediato de los individuos y no considera a profundidad el amplio contexto sociocultural, dejando de lado que este fenómeno también es construido por la comunidad, con lo cual se ignoran los procesos de exclusión y marginación asociados al mismo (Rodríguez *et al*, 2000).

Al respecto, José Vila del Castillo, Representante Regional para México y Centroamérica de la Organización de las Naciones Unidas, indica que no se puede entender que la farmacodependencia sea ajena a fenómenos socioculturales mayores:

Previamente a la visión psicológica de la conducta o a sus consecuencias médicas, dicho consumo es una manifestación de

cultura, es decir de comunicación identitaria entre los miembros de una sociedad. En el occidente contemporáneo, el uso indebido y abuso de las drogas se asocia, en los jóvenes, a una manifestación de renuncia y automarginación del sistema, a una filosofía del ocio sin finalidad y sin medida (Vila del Castillo, 1997: 43).

Asimismo, se le critica que dentro de este enfoque aún se maneja la concepción proveniente del enfoque médico sanitario sobre la amenaza externa que significa la sustancia psicoactiva, la única diferencia es que “la ecuación sanitarista agente (droga) + huésped (individuo)= farmacodependencia, se modifica sustrayendo el agente por el ambiente (factores protectores) + huésped (individuo)= estilo de vida sano” (Rodríguez *et al*, 2000: 224).

Otra de las críticas hace referencia a que este enfoque, o por lo menos gran parte sus postulados, proviene de modelos preventivos empleados en Estados Unidos, los cuales parten de “un pensamiento funcionalista que busca adaptar o readaptar a los *desviados* a un sistema que funciona bien (...) y que obviamente no cuestionan un sistema social injusto y excluyente” (Rodríguez *et al*, 2000: 224). Además, se considera que el cambio de paradigma referente a la comunidad tiene más tintes discursivos a riesgo de “ser una visión ideológica en función del neoliberalismo y las recomendaciones de los organismos internacionales”, por lo que olvida que la farmacodependencia también es “una solución muy poderosa para las comunidades” (Rodríguez *et al*, 2000).

Para concluir este capítulo, se dirá que como fue posible apreciar, en el tema del consumo de sustancias psicoactivas se dispone de explicaciones derivadas de enfoques diversos. De esta manera, el modelo biomédico o médico sanitario – en el cual se basan la *Clasificación Internacional de las Enfermedades* y el *Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales* – plantea que la dependencia de sustancias psicoactivas como una enfermedad, un patrón desadaptativo o trastorno que puede “resolverse” mediante un tratamiento adecuado.

Dicha perspectiva es compartida por el enfoque jurídico, para el cual el usuario de sustancias psicoactivas con un consumo perjudicial o dependiente puede ser tanto enfermo como transgresor de la ley, por lo cual busca rehabilitarlo, sin dejar de lado el imponerle una sanción por su conducta infractora. Finalmente, para el enfoque psicosocial este fenómeno es una conducta o un hábito regulado por factores individuales y sociales, sin hacer a un lado los propios de las sustancias psicoactivas. Dicho comportamiento puede ser modificado por medio de la adquisición de ciertas habilidades por parte del consumidor y la intervención en su contexto social.

Si bien las sustancias psicoactivas y su consumo han formado parte de la historia de la humanidad, a partir de que se les atribuyeron representaciones sociales que asocian este fenómeno con el crimen y la enfermedad, se desarrolló una serie de supuestos y prácticas que, por una parte, sancionan todas las actividades relacionadas con las sustancias consideradas ilícitas. Por otra parte, apoyan la prevención y el establecimiento de programas de tratamiento para las personas que presentan problemas en el consumo de tales sustancias y derivados del mismo.

CAPÍTULO IV. De la magia y brujería a la criminalización

Introducción

Este capítulo será dividido en dos partes, en la primera se expondrá cómo las representaciones sociales que se tienen con respecto a las sustancias psicoactivas y su consumo han variado históricamente y han respondido principalmente a condicionantes de tipo político, económico y social (Touzé, 1994), más que a modificaciones determinantes en los patrones epidemiológicos o a cuestiones sanitarias (SSA, 1998). Para tal efecto, se expondrán las cuestiones que favorecieron la criminalización del consumo de sustancias psicoactivas específicas a nivel mundial. Se concluirá esta primera parte con la historia del empleo de tales sustancias en México y su posterior criminalización, así como la influencia que las convenciones internacionales tuvieron en las representaciones sociales de sustancias específicas en nuestro país.

En una segunda parte, se presentarán dos hipótesis que asocian a sustancias psicoactivas determinadas y su consumo con factores criminógenos, es decir, con actividades que favorecen la comisión de conductas antisociales. En dichas hipótesis se verá que el consumo de sustancias psicoactivas, sobre todo de tipo ilícito, se relaciona con cuestiones como la delincuencia, el crimen o la violencia:

Las drogas se relacionan al crimen de maneras múltiples. El que se relacione con drogas ilegales, comete crimen por poseerlas, fabricarlas, o distribuirlas. Y corre riesgos por el potencial de abuso de algunas drogas (como la cocaína, heroína, marihuana, y anfetaminas). Las drogas también se relacionan con el crimen a través de sus efectos que tienen mucho que ver con la conducta del usuario. Este puede ser capaz de generar violencia u otra actividad ilegal de narcotráfico (Alcaraz del Castillo y Zuazo, 2003: 18).

Finalmente se expondrá una tercera hipótesis que niega la causalidad entre el consumo de sustancias psicoactivas y la realización de conductas delictivas.

4.1. Reseña histórica

4.1.1. Consumo de sustancias psicoactivas en otras sociedades

Las sustancias psicoactivas y su consumo han estado presentes a lo largo de la historia de la humanidad, en épocas antiguas éstas jugaban un papel determinante dentro del contexto sociocultural donde se encontraba inmersas, especialmente en los ámbitos mágico religioso ritualista,¹¹⁷ médico terapéutico¹¹⁸ y recreativo.¹¹⁹ Se ha documentado que desde la Antigüedad se hacía uso de este tipo de sustancias para diversas cuestiones, sin que ello representara un problema social, lo cual demuestra que el consumo de las mismas *per se* no estaba estigmatizado ni mucho menos legalmente prohibido o criminalizado (Touzé, 1994; Escohotado, 1998; Slapak, 2006).

Ehrenberg (1994: 8) menciona que “en las sociedades no modernas, las drogas pertenecían a las medicinas y a los ritos (ligados a un tiempo cíclico y a mitos), que permiten establecer relaciones con los dioses, con los muertos o revelar un

¹¹⁷ Becerra (2006: 68) explica que el empleo mágico-religioso de las sustancias psicoactivas que algunas culturas hacían puede apreciarse en las representaciones de los frescos del Tassili-n-Ajjer, en Argelia, que datan del año 5000 a. C. aproximadamente y que dan evidencia sobre el uso que se les daba a determinados hongos para sus rituales: “Las diferentes figuras asociadas a hongos o directamente metamorfoseados en ellos indican claramente cuál fue el papel que éstos desempeñaron en los rituales. Los relatos recogidos por viajeros, exploradores, etnólogos o antropólogos desde el s. XVI hasta nuestros días en un área que abarca desde la península de Chukotka (Siberia) hasta Mesoamérica coinciden en señalar que los efectos producidos por el consumo de hongos de propiedades psicoactivas es, en numerosos aspectos, muy similar, independientemente del grupo social al que se pertenezca”. Asimismo, este uso mágico-ritualista que se les daba a las sustancias con potencial psicoactivo se observa en las pinturas rupestres del área franco-cantábrica, en las cuales se representan procesos de trance motivados por la intervención de este tipo de sustancias.

¹¹⁸ Escohotado (1998) explica que la historia del opio data desde el Imperio Egipcio, en el cual era empleado como un medicamento ciertamente eficaz frente al dolor físico y psicológico. Debido a sus propiedades medicinales fue utilizado por las culturas posteriores, sin que se registraran problemas de consumo perjudicial o farmacodependencia, fenómeno que se presentaría hasta finales del siglo XVIII.

¹¹⁹ Este mismo autor explica que las civilizaciones antiguas de China e India, así como los médicos y curadores provenientes de Grecia, Roma y Arabia, todavía durante la Edad Media hacían referencia al uso del cannabis para obtener alegría debido a sus efectos sedantes (ibídem).

destino". Para Rossi (1996), en las sociedades antiguas el rol de las sustancias psicoactivas estaba íntimamente vinculado a la cosmovisión que caracterizaba su cultura, por lo que su consumo se encontraba asociado a rituales religiosos y de iniciación, a los sacrificios y a las curaciones del cuerpo y del espíritu, constituyéndose en elementos centrales dentro de ámbitos que tenían relación con la esfera mística y los acontecimientos trascendentales de la vida comunitaria e individual.

Asimismo, se sabe que si bien se emitían recomendaciones con respecto al consumo de tales sustancias, éstas se dirigían de manera exclusiva a quienes hacían un uso excesivo o abusivo, pero no al objeto consumido en sí (Escohotado, 1998). Lo cual reflejaba que dichas sugerencias atendían a preceptos básicamente morales, pero no jurídicos, legales, políticos, ni médico sanitarios. En esta misma época, el límite entre el "remedio" y el "veneno" proporcionados por el *phármakon* era establecido por la dosis que los propios consumidores utilizaban y no por el tipo de sustancia empleada: la toxicidad se expresaba matemáticamente como la diferencia entre dosis activa y dosis mortífera (Touzé, 1994).

Es decir, que la conveniencia o inconveniencia de consumir un tipo específico de sustancia no dependía de las características propias de ésta, sino de usarla con medida y oportunamente o a destiempo y desordenadamente (Escohotado; 1996). Por tanto, en esta etapa el concepto de *phármakon* estaba falto de valoraciones morales y no existía un reglamento explícito o un contexto político que prohibiera su consumo. Lo que más llama la atención en ese punto es la ambivalencia social que se tenía hacia las sustancias con potencial adictivo, pues se consideraba que así como curaban enfermedades y salvaban vidas, también tenían la capacidad de llevar a la muerte a quien las consumía.

Durante los períodos considerados de "normalidad social", en los que el control social que se establecía con respecto a las sustancias psicoactivas resultaba

efectivo, si bien se producían excesos en el consumo, estos tenían características individuales o afectaban solamente a grupos reducidos –considerados marginales-, lo cual no constituía un problema a nivel social. Sin embargo, sería con el establecimiento del Imperio Romano y su consecutiva fusión con la Iglesia, cuando el consumo de este tipo de sustancias comenzó a satanizarse y por ende a reprimirse (Rossi, 1996).

Touzé (1994) explica que en el año 186 a.C., el gobierno romano descubrió que por la noche eran celebrados “bacanales o misterios orgiásticos”, en los cuales un extranjero fue acusado como “introducción del culto”, además de que se le juzgó por consumir alcohol. A partir de este hecho, el senado inició una serie de acciones, que si bien carecían de elementos jurídicos concluyeron con el dictamen de que la mayoría de los acusados debían “ser pasados a cuchillo o crucificados”. De acuerdo con esta autora, en realidad no se perseguía el consumo del alcohol –definido como “vehículo del mal”-, sino la reunión de un grupo de personas que cuestionaban las instituciones vigentes; es decir, aquellos que se desviaban de la corriente ideológica principal.

La fusión entre el Imperio Romano y la Iglesia significó por una parte, la eliminación de lo que hasta ese momento englobaba el concepto de *phármakon*, así como la destrucción de los conocimientos farmacológicos de la Antigüedad, por lo que cualquier uso de alguna sustancia psicoactiva era sancionado, incluso su empleo médico terapéutico. Por otra parte, determinó que la aplicación que las religiones pre cristianas le daban a las plantas, hongos o arbustos con potencial psicoactivo para distintas prácticas fuera relacionada con actividades diabólicas, así como con la esclavitud del espíritu por la carne y con la desviación. A partir de esta fusión apareció un sistema moral riguroso sobre el uso de sustancias psicoactivas (Míguez, 1998).

Apud (2008) explica que fue nuevamente durante el Renacimiento cuando se dio un cambio en las representaciones sociales sobre tales sustancias. De acuerdo

con Slapak (2006), en ese periodo la medicina resurgió como ciencia moderna, separándose de la consideración moral, de la magia y de la brujería. Esta separación del pensamiento científico con respecto de las valoraciones religiosas significó que las sustancias que anteriormente habían sido satanizadas empezaran a utilizarse para diversas cuestiones, principalmente para prácticas de tipo médico terapéuticas, por lo que se comercializaban libremente y a pesar de que se presentaron casos de consumo excesivo, estos no constituyeron un problema sanitario, jurídico o legal.

A principios del siglo XIX nuevas especies vegetales comenzaron a ser investigadas, por lo que se aislaron sus principios activos y se descubrió su eficacia química, lo cual influyó en que éstas fueran aprovechadas por los laboratorios europeos que empezaron a comercializarlas con fines terapéuticos (Escohotado, 1998). Este clima de “normalidad social” perduró hasta 1900, momento en que todas las sustancias psicoactivas que eran conocidas podían comprarse en las farmacias de América, Europa y Asia. Lo anterior demuestra una vez más que, no sólo existía un uso generalizado de tales sustancias, sino que los casos de consumo excesivo no se juzgaban como un problema, ni existían mecanismos legales, jurídicos o políticos para controlar tales abusos en el consumo (Slapak, 2006). Con respecto a este punto, Fatela (1994: 47) expone que:

El lugar que una sociedad concede a las drogas, la percepción que tiene de ellas, la manera como tolera a algunas y excluye a otras, se deben primero a su propio funcionamiento, a la manera cómo se representa como sociedad, y finalmente a las relaciones que las drogas mantienen en el imaginario social.

De acuerdo con Souza y Machorro (2007), Tapia (2001) y Mirtembaun (1989), fueron los cambios ocurridos –a principios del siglo XX- en los patrones de producción, distribución, comercialización y consumo a nivel mundial, que impactaron en la agenda y en la relación política entre los gobiernos, así como en sus instituciones en los ámbitos económico y social. Dichos cambios influyeron en

que el consumo de ciertas sustancias psicoactivas se conceptualizara como un problema social. Mientras que el uso indiscriminado de estas sustancias surgió con el desarrollo de las sociedades de consumo, como parte de la cultura capitalista.¹²⁰

Tales patrones asumieron características nuevas y desconocidas constituyendo un fenómeno de ruptura, que debilitó y disolvió el control social establecido hasta ese momento con respecto a ciertas sustancias psicoactivas, suscitando desconfianzas y actitudes no siempre determinadas por la lógica. Creando con esto el “problema de las drogas”, que abriría paso a la reprobación moral de la sociedad –sobre todo de la estadounidense-, así como a la estigmatización y criminalización hacia dicho fenómeno (Rossi, 1996; Apud, 2008; Corrêa de Carvalho, 2007).

Para Castel y Coppel (1994), este fenómeno empezó a juzgarse como problema social porque, por una parte éste ya no se encontraba regulado por rituales colectivos, lo cual implicaba que no cumplía con lo que anteriormente se consideraba como socialmente permitido y había perdido su significación cultural. Por la otra, para quienes consumían tales sustancias planteaba una atracción por un modo de vida que representaba un sistema de valores que iba en contra del socialmente aceptado:

Para las sociedades occidentales, sólo a partir del siglo XIX la toxicomanía plantea un problema social. Momento que se puede formalizar de la siguiente manera: cuando una sociedad no puede ya conformarse con movilizar sus regulaciones tradicionales para enmarcar el consumo de los productos. Este momento no es simplemente pensarse en la lógica del abuso o del exceso, sino en la de la ruptura. Entonces el consumo empieza a representar a la vez un peligro y una fascinación: peligro, porque está *desregulado*, porque ya no está inscripto en los rituales colectivos ni gobernado por los objetivos

¹²⁰ “Cuando surge el capitalismo, las drogas, como todo lo demás, se convierten en mercancía. Dejan de tener exclusivamente valor de uso para adquirir también valor de cambio” (Mazzotti, 2004: 2).

que la sociedad reconoce como expresando sus propios valores; fascinación porque se abre a un modo de vida alternativo organizado en torno de *otro* sistema de valores que el común (Castel y Coppel, 1994: 222).

Es así que para principios del siglo XX comenzó a producirse el movimiento prohibicionista contemporáneo en torno a las actividades vinculadas con determinadas sustancias psicoactivas, movimiento que fue inaugurado por Estados Unidos, tanto a nivel nacional como internacional. No es coincidencia que la primera sustancia llevada a juicio fuera el opio, típicamente asociado con los chinos.¹²¹

Según Tenorio (2010), después de que Inglaterra le declarara la guerra a China por el control del opio –justificándose en el argumento de la violación a la libre empresa-, Estados Unidos buscó establecer el comercio del opio para exportarlo a China. Sin embargo no logró su objetivo pues se enfrentó a la ya consolidada compañía británica de Indias. Lo cual sería la verdadera razón por la que este país iniciaría la política internacional de prohibir, inicialmente el opio, a través de la Conferencia de Shangai de 1909, buscando con esto minar “las cuantiosas recaudaciones de las que Inglaterra se había beneficiado”¹²² (Tenorio, 2010: 681).

Para Díaz (1994: 20), el interés de Estados Unidos en discutir el tráfico internacional del opio se debía a dos grandes razones “asumir el liderazgo mundial y el deseo de realizar inversiones financieras en China”. En relación a esto Del Olmo (1992: 25) indica que:

¹²¹ Álvarez (2010) expresa que la política prohibicionista fue resultado de la lucha por el control del mercado del opio que se dio entre las grandes ciudades europeas a mediados del siglo XIX en Asia. Mientras que la participación de Estados Unidos a principios del siglo XX, impulsada por las ideas puritanas, originó la política de lucha contra las drogas.

¹²² “La lógica de semejante prohibición puede rastrearse en la variable económica, y ciertamente también, en las actitudes racistas, esto es, desde un etnocentrismo” (Tenorio, 2010: 680).

Fueron varias las razones que llevaron al gobierno norteamericano a realizarla (Conferencia de Shangai), desde el interés por asumir el liderazgo moral del mundo y el deseo de reducir la resistencia china a las inversiones financieras norteamericanas, hasta la preocupación por la seguridad interna y, en especial, el consumo de opio de los soldados norteamericanos radicados en Filipinas, desde su ocupación en 1898, y el interés por establecer una zona libre del colonialismo europeo y abierta a la libre empresa.

Por tanto, a partir de esa primera Conferencia –bajo el liderazgo de Estados Unidos- aumentó la preocupación por regular la producción, el tráfico y el consumo de otras sustancias, generando múltiples convenciones y acuerdos internacionales, en los que se observaba el predominio de intereses económicos y políticos con evidentes contradicciones. Con lo cual concuerda Apud (2008), al señalar que a partir de la “Conferencia de Shangai” comenzaron una serie de convenios y leyes a nivel internacional, mismos que influyeron en las leyes nacionales y que fueron consolidando paulatinamente un circuito ilícito de comercialización de determinadas sustancias, al que se le daría el nombre de *narcotráfico*, así como un comercio legítimo del consumo de otras, producidas por distintas industrias farmacológicas y recetadas por el cuerpo médico; único con autoridad en la materia.

En 1912, la “Convención Internacional del Opio” o “Convención de la Haya”, firmada en La Haya el 23 de enero de ese mismo año, impulsó el movimiento prohibicionista, ya no sólo del opio, sino de otras sustancias, por lo que “la droga” representada como problema logró incluirse en la agenda internacional como un tema de preocupación creciente (Slapak, 2006). Lo que provocó, no sólo la conformación de una representación social negativa y de carácter prohibitivo en torno a ciertas sustancias con potencial psicoactivo y su consumo, sino la promulgación de leyes represivas en los ámbitos nacionales de los países firmantes de las Convenciones internacionales.

La “Convención para la supresión del tráfico ilícito de drogas nocivas” de 1936, según explica Slapak (2006), propició la aparición de penas y castigos no sólo para el tráfico ilícito, sino también para la posesión de sustancias, lo que generó la criminalización de los usuarios, quienes fueron considerados como “delincuentes”, pues el simple hecho de poseer ese tipo de sustancias para su consumo personal se juzgó como un delito.

Para Del Olmo (1992), la promulgación de leyes antidrogas en Estados Unidos, al principio, estuvo motivada principalmente por conflictos entre la clase media blanca –que en ese momento era la dominante- y tres minorías étnicas en expansión –chinos, mexicanos y negros-, las cuales estaban dispuestas a trabajar por salarios más bajos en momentos de crisis económica y desempleo. Es así que lo que se temía era la competencia económica y no el consumo de sustancias psicoactivas *per se*:

En 1909 se prohíbe fumar opio por su asociación con la migración china, pero no así otros tipos de consumo de opio farmacológicamente más peligrosos. En 1937 se promulga la ley Marihuana Tax Act para prohibir el consumo de marihuana por su relación con los inmigrantes mexicanos, fuerza de trabajo amenazante durante la depresión. Anteriormente se había asociado a los negros con la cocaína, cuando se temía su emancipación (...) En su conjunto fueron visualizados como factor amenazante para la hegemonía de la sociedad blanca y, como tal, era lógico que se gestara un movimiento para aislarlos y dominarlos legalmente. La legislación represiva de la droga les proveyó un corredor simbólico que condujo a ese objetivo final (Del Olmo, 1992: 27).

Según Corrêa de Carvalho (2007), la creación en 1946 de la Organización Mundial de Salud,¹²³ agencia especializada de las Naciones Unidas, también contribuyó a la unificación en la perspectiva creada en torno al tema de la farmacodependencia.

¹²³ La principal función de la Organización Mundial de la Salud es la de trabajar en favor de una mejor salud. Debido a que es el organismo internacional de la Organización de las Naciones Unidas, responsable de la salud, desempeña una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, al encargarse de configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, prestar apoyo técnico a los países, así como articular opciones de política y vigilar las tendencias sanitarias mundiales (OMS, 2011).

De acuerdo con Rossi (1996), a partir de la posguerra, en los años cincuenta, el consumo de sustancias que no formaban parte del universo cultural de los países centrales se convirtió en un fenómeno conocido como “el problema de las drogas”, cuya percepción fue modificándose desde ese momento, pues pasó de considerarse un problema de salud a uno de seguridad pública:

Por socavar (de acuerdo a la óptica estadounidense que prevalece en la política antidrogas) los valores y los cimientos de los países consumidores. Esta visión netamente política convirtió el problema de la droga en un problema que supera el ámbito nacional para insertarse en el escenario geopolítico, condicionando las relaciones entre países, sobre todo entre países centrales, consumidores y los países periféricos, productores (Rossi, 1996: 17).

Cloyd (en Del Olmo, 1992) explica que a medida que Estados Unidos iba tomando un papel hegemónico a nivel mundial imponía sus criterios, mientras convencía a los otros países de su interés bienintencionado de iniciar el control de estas sustancias como forma de proteger a la humanidad. Por lo que para la década de los años sesenta se reconocía que las Naciones Unidas tenían por obligación prevenir y combatir el mal representado por la toxicomanía, además de que tenían la “competencia en materia de fiscalización de estupefacientes” y se proponían “concertar una Convención internacional que fuera de aceptación general, en sustitución de los tratados existentes sobre estupefacientes” (ONU, 1969).

En 1961, nuevamente por solicitud de los Estados Unidos, la ONU se encargó de reunir a sus países miembros en Ginebra durante la “Convención Única sobre Estupefacientes” (ONU, 2008), llevada a cabo en Nueva York, la cual sustituyó tratados anteriores para la fiscalización de opiáceos, cannabis y cocaína, concertados desde el principio del siglo XX. Además, se creó la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)¹²⁴ (ONU, 2008).

¹²⁴La cual “entró plenamente en funciones en 1968, cuatro años después de la entrada en vigor de la Convención” (ONU, 2010: 4).

Sería a partir de la “Convención Única sobre Estupefacientes” de 1961, posteriormente ampliada y fortalecida por el Protocolo de 1972, que las drogas fueron técnicamente divididas en lícitas e ilícitas y conceptualmente estigmatizadas como buenas o malas (Slapak, 2006). A pesar de que supuestamente la finalidad de dicha Convención era limitar exclusivamente a fines médicos y científicos, la producción, distribución, posesión, el uso y el comercio de drogas, y obligar a los Estados parte a adoptar medidas especiales en relación con drogas concretas, con lo que se “velaba por la salud de sus ciudadanos” (Corrêa de Carvalho, 2007).

La realidad es que la elaboración de listas evidenció la existencia de intereses económicos y políticos de los países centrales, más que aquéllos propiamente enfocados en la salud individual y colectiva. Ya que dichas listas excluían injustificadamente sustancias como el alcohol o el tabaco –de amplia difusión en tales países- a pesar de reunir todos los requisitos para ser incluidas dentro de las categorías de sustancias que representan un peligro para la salud y generan dependencia (Rossi, 1996). Mientras que prohibían todas aquellas producidas en los países periféricos y las cuales, sobre todo las de la lista I, se asociaban con la rebeldía social o individual (Santino y La Fiura, 1993).

Escohotado (1998) expone que a partir de entonces –ni en el período de deliberaciones previas, ni en sus exposiciones de motivos-, las leyes pudieron esclarecer farmacológicamente por qué el alcohol, las anfetaminas o los barbitúricos eran considerados como “medicamentos”, mientras que la marihuana y la cocaína eran juzgadas como “artículos criminales”. Lo cual evidenció que la clasificación de las sustancias no se basó del todo en criterios científicos objetivos, sino en la percepción que las sociedades consumidoras habían desarrollado alrededor del tema, misma que había sido influenciada por los discursos dominantes que se fueron elaborando al respecto (Rossi, 1996).

A partir de este momento, el problema dejó de ser propio del ámbito privado, para convertirse en un asunto de salud pública, y no sólo eso, sino que se constituyó como un problema jurídico y de seguridad nacional (Apud, 2008). Además, se abrió una brecha entre países consumidores industrializados y países productores subdesarrollados, pues esta Convención contempló medidas administrativas y represivas y una novedosa política de erradicación de cultivos en los países productores, generalmente pertenecientes a lo que se le denominó como “Tercer Mundo” y que sería la base de la política llamada “guerra contra las drogas” (Slapak, 2006).

De esta forma, los países productores resultaron afectados por dedicarse al cultivo de plantas que, repentinamente, se declararon prohibidas porque afectaban la salud de los consumidores, quienes eran básicamente norteamericanos y europeos. Simultáneamente, a partir de esta Convención, comenzó el auge de las transnacionales farmacéuticas, las cuales eran las únicas que podían producir y comercializar sustancias analgésicas y demás psicoactivos (Malpica, 1996). Escohotado (1998) manifiesta que hasta mediados de los años sesenta todavía era fácil obtener en las farmacias variantes tan activas –o aún más- que las sustancias controladas. Así es que, por una parte existía un pequeño mercado negro y por otra un floreciente mercado blanco, no sólo de alcohol y de otras drogas vendidas en supermercados, sino también de anfetaminas, barbitúricos, opiáceos sintéticos, meprobamato, benzodiacepinas, etc.

Con la exposición anterior, es posible advertir el cambio que se dio en la perspectiva que se tenía con respecto al consumo de sustancias psicoactivas, lo cual pasó de ser considerado algo del ámbito privado o de pequeñas comunidades, pues generaba una adhesión más o menos marginal, a ser un problema social con gran impacto en los temas de seguridad nacional y salud pública. Al respecto Del Olmo (1992) señala que:

En los años cincuenta¹²⁵ “el mundo de la droga” se limitaba a individuos marginales (...) las drogas eran consumidas por los “excluidos” de la sociedad (...) En los años sesenta, la situación cambió. El tema comenzó a presentarse como una lucha de proporciones épicas entre el bien y el mal. Las drogas y la maldad eran sinónimos y tenían que combatirse para preservar “la sociedad buena” (...) Se comenzó a distinguir entre los “consumidores”, cuyo problema era básicamente de enfermedad, y los “traficantes”, considerados como delincuentes. Para los primeros se hicieron grandes esfuerzos y el tratamiento médico se volvió prioritario (Del Olmo, 1992: 15).

Con lo cual concuerda González (1987), al manifestar que en la década de los años sesenta y setenta, se estableció una distinción entre la figura del narcotraficante considerado como “delincuente” y la del usuario de sustancias psicoactivas caracterizado como “enfermo”. A partir de este momento apareció un cambio en el discurso ideológico: el objetivo terapéutico, el cual se introdujo tímidamente en la legislación penal y en la práctica judicial.

A esta representación le correspondió un tipo de control doble; al traficante se le siguió considerando delincuente y enviándole a la cárcel; mientras que se trató de no caracterizar al consumidor como “delincuente”, sino como “enfermo”, “peligroso social” o “desviado social”: “El hospital penitenciario o el sanatorio psiquiátrico son, junto con la prisión, los nuevos instrumentos de control que se destinan para el drogadicto” (González, 1987: 51). Ahora no sólo se le criminaliza, sino que se busca darle un tratamiento.

De acuerdo con Del Olmo (1989) este cambio en el discurso ideológico se dio después de la guerra en Vietnam, cuando el problema de la drogadicción se generalizó a la clase media estadounidense y ya no se limitaba únicamente a los

¹²⁵ Para Ehrenberg (1994: 16) todavía hasta finales de la década del cincuenta, se tenía un adecuado control sobre el consumo de sustancias psicoactivas, pues estaba limitado a poblaciones específicas –como los médicos, medios literarios y artísticos–, sin embargo, en fechas posteriores, este fenómeno tendría un “auge cuantitativo impresionante y es objeto de una atención tan sostenida que se torna un flagelo social”.

ex-combatientes, principalmente hombres de clase social baja. A partir de este momento, se estimularon los programas de tratamiento con drogas sustitutivas; por ejemplo, la metadona por la heroína. Además, el consumo personal comenzó a diferenciarse tajantemente de la comercialización a gran escala, considerándosele al primero como un problema de salud por la dependencia física y/o psicológica que se consideraba producían las drogas; con lo cual el consumo perjudicial de las mismas dejó de juzgarse como vicio merecedor de sanciones jurídicas.

En cambio, la producción, distribución y comercialización de sustancias psicoactivas de tipo ilícito implicaba la imposición de sanciones legales severas contra los traficantes, desde ese momento la atención de Estados Unidos se puso en América Latina, argumentando que era ahí dónde se encontraban los países productores. De esta manera se hacía creer a la sociedad estadounidense que el “problema de las drogas” se localizaba en el exterior, mientras que ellos se representaban como víctimas del tráfico de drogas ilegales.

Para 1970, el gobierno del presidente Richard Nixon impulsó la “Ley de Sustancias Controladas”, lo que dio comienzo a la llamada “guerra contra las drogas” (Del Olmo, 1989). Además creó la “Comisión Nacional sobre Marihuana y Consumo de Drogas” para que estudiara el tema, sin embargo, Nixon hizo caso omiso de las conclusiones de la comisión, la cual se pronunció a favor de:

Anular la prohibición y recomendó una política de control social orientada a desalentar el consumo de marihuana y centrar la atención en la prevención del consumo desmedido. También se pronunció a favor de que la tenencia para consumo personal dejara de ser un delito (aunque la tenencia en público siguiera sujeta a la incautación inmediata) y propuso que la distribución informal de pequeñas cantidades de marihuana sin que medie remuneración, o con una remuneración insignificante que no implique ganancia, dejara de ser un delito (Blickman y Jelsma, 2009: 100).

Durante este periodo se creó el “gran mercado de las drogas”, sobre todo en los países denominados como desarrollados, por lo que el gobierno del presidente Richard Nixon con su llamada “guerra contra las drogas” enfocó sus mayores ataques contra el cannabis (Del Olmo, 1989). Justificándose en el consumo abusivo que presentaban los jóvenes y las consecuencias adversas a nivel social y sanitario asociadas a dicha sustancia. Sin embargo, la cuestión subyacente era que su consumo se relacionaba con la transgresión y la inconformidad social. Al respecto Ehrenberg (1994: 17) menciona que:

La irrupción de la marihuana en Occidente en los años sesenta es ante todo la expresión de un cambio en la sensibilidad colectiva (...) la droga es una rebelión y una búsqueda de otras maneras de vivir (es la era del viaje) que rompen con las de la sociedad normal (...) su soporte social es la juventud. Es asunto de disidencia, de clase, de edad y de utopía en las sociedades asentadas en la abundancia.

De acuerdo con Del Olmo (1989), a partir de que el presidente Nixon utilizó la expresión “guerra contra las drogas”, la persecución de las autoridades policiales representó un mecanismo de control social destinado principalmente a la represión de los movimientos de protesta juvenil. Mientras tanto, el consumo de diversas sustancias psicoactivas seguía incrementándose más allá de la juventud y más allá de la marihuana, introduciendo a la cocaína, la cual adquirió gran importancia, en parte, por la crisis del negocio de la heroína al término de la guerra en el sudeste asiático (Rossi, 1996):

Un poco más tarde, la heroína hace su aparición y se difunde sobre todo entre los jóvenes de las clases populares, de la mano del decrecimiento del izquierdismo y de los movimientos sociales. Es el momento del flagelo social y de la huida ante la realidad que simboliza la imagen del gran toxicómano, a la vez figura de la decadencia y de la desocialización (Ehrenberg, 1994: 17).

Durante este periodo hasta la década de los años ochenta, se dio una difusión masiva relativa al consumo de sustancias psicoactivas consideradas como ilícitas, convirtiéndose en un problema de salud pública. Desde entonces hasta la fecha, con la irrupción del narcotráfico, se transformó en un problema de seguridad

nacional. Como consecuencia de esto surgió una creciente alarma social hacia el consumo de las mismas y hacia los usuarios, fomentando tanto estereotipos como estigmas que contribuyeron tanto a su marginación como a su criminalización.

En 1971 y debido al evidente “aumento del consumo de sustancias psicotrópicas en varios países” (ONU, 2008), una vez más la ONU celebró en Viena, la “Conferencia sobre Sustancias Psicotrópicas”, cuyo objetivo era actualizar las normas tendientes a controlar y fiscalizar la producción y distribución de “determinadas sustancias sicotrópicas, que había dado lugar a problemas sanitarios y sociales en algunos países” (ONU, 2010: 5). En dicha Conferencia fue aprobado el “Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas” de 1971. Para Slapak (2006), el principal objetivo de este Convenio no sólo era la represión del tráfico ilícito, o el considerar como delitos la producción, comercialización, adquisición y tenencia de sustancias ilícitas, sino internacionalizar las medidas punitivas que diferentes países del mundo iban incorporando.

De acuerdo con Díaz (1994), la aparición del “problema de las drogas” surgió como problemática social en los años sesenta y en forma masiva, se inició con la marihuana durante la década de los años ochenta. Década que según Escohotado (1998), representó el mayor esfuerzo institucional a nivel internacional para reprimir el uso de las sustancias, consideradas en ese momento como drogas ilícitas, por lo cual la mayor parte de los presupuestos nacionales se destinaron a actividades de control de la oferta y represión del tráfico ilícito, más que para el desarrollo e implementación de planes sociales o sanitarios.

Sería “a raíz del espectacular crecimiento del mercado negro y de la constatación en 1981, a través de la Operación Greenback, de los manejos irregulares de la banca” (Del Olmo, 1989: 89), que el entonces presidente, Ronald Reagan, convirtió a la cocaína en la droga prioritaria, a pesar de que todavía en 1975, ocupaba el cuarto lugar en la lista de drogas a reprimir por parte del gobierno estadounidense. Reagan movilizó a casi todo el Gobierno Federal y creó un

complejo programa de prohibición y erradicación, así como la persecución de narcotraficantes, pues lo fundamental era impedir el narcotráfico, y sobre todo el ingreso de la cocaína a Estados Unidos:

En febrero de 1982, el presidente Ronald Reagan declaró la “Guerra contra las drogas” como objetivo urgente de seguridad nacional. Ningún presidente norteamericano anterior, ni siquiera Nixon, había demostrado tal nivel de intolerancia frente al problema. Sin embargo, en esta oportunidad su objetivo central es la droga cocaína y los países productores de América Latina, la amenaza (Del Olmo, 1989: 89).

De acuerdo con Del Olmo (1992: 15):

En los años ochenta la situación varía de nuevo. El individuo que consume drogas ya no es lo importante, es más, se acepta tácitamente en pequeñas dosis (...) (En la década de los noventa) adquieren prioridad las drogas en sí, pero de una manera diferente a la de hace veinte años. Se utilizan criterios distintos para las drogas introducidas a Estados Unidos desde el exterior (por ejemplo, la marihuana, la cocaína o la heroína) frente a las drogas producidas en Estados Unidos para consumo interno o para exportación (como lo son los diferentes tipos de fármacos). No hay duda de que en este momento se reconocen los aspectos económicos del problema pero asociados cada vez más con problemas políticos fundamentales.

Con base en lo anterior, es posible apreciar que los intereses económicos y políticos han sido encubiertos por diferentes discursos que han legitimado el “problema de las drogas” y han variado con el tiempo. Tal es el caso de la difusión que se le dio a principios del siglo XX al argumento de que los estupefacientes eran sustancias de prescripción muy delicada, que sólo ciertas personas –entiéndase médicos y científicos- podían recetar o investigar (Escohotado, 1998). Lo cual tenía que ver con el ascenso del cuerpo médico como la única institución con poder para prescribir sustancias con potencial adictivo, a partir de lo que se condenaba la auto administración y no se aceptaba la venta libre en farmacias. Esta evolución del cuerpo médico y con ello la obtención de facultades anteriormente exclusivas de la Iglesia, sería el inicio de la conformación de la

figura autoritaria paternal del médico; único con capacidad para proteger el bienestar común (Touzé, 1994).

Otro argumento utilizado fue el de “autoridad”; en el cual un grupo de líderes de opinión, provenientes de ámbitos tan variados como el religioso, político, mediático y sanitario, así como la mayoría moral o silenciosa defendieron la prohibición de sustancias psicoactivas específicas, por considerarlas como las generadoras de los grandes males sociales (Escohotado, 1998) y como “plagas impuras que amenazan a la sociedad” (Touzé, 1994). En este aspecto fue fundamental el regreso del componente religioso al mundo anglosajón, el cual había sido relegado debido a las revoluciones laicas del siglo XVIII.

Para Cloyd (en Del Olmo, 1992: 25 -26), la sociedad estadounidense del siglo XX se apoyó en:

Una serie de reformadores –que la historia ha calificado como iniciadores morales en virtud de su iniciativa personal para acceder a quienes toman las decisiones políticas y hacen de ello un hábil manejo publicitario, logrando imponer exitosamente sus posiciones personales frente al tema –que en muchas ocasiones respondían casi exclusivamente a sus prejuicios y experiencias de vida. Reformadores que se convirtieron en los primeros en difundir “la imagen del demonio de la droga” (expresión que aparece impresa por primera vez en 1986 en el periódico *New York Sun*).

También se empleó el argumento “jerárquico”, mismo que se apoya en la suposición de que lo indeseable se combate con sanciones (Escohotado, 1998), con lo cual los gobiernos hacen creer al resto de la sociedad en la eficacia del sistema punitivo instituido para controlar el “problema de las drogas”, a partir de lo anterior dicho sistema puede seguir funcionando. En este aspecto fue determinante la transformación de un Estado de intervención mínima por uno

asistencial, en el que la asistencia estatal justificaba las formas de control (Slapak, 2006 y Apud, 2008).¹²⁶

Con base en los argumentos mencionados –que han combinado principios científicos y criterios morales y legales¹²⁷ severos en cuanto al consumo de determinadas sustancias psicoactivas- gradualmente se fue aceptando el movimiento prohibicionista. Cuyo objetivo era mantener un control riguroso sobre la producción, distribución, comercio y consumo de sustancias psicoactivas vinculadas con poblaciones específicas –consideradas marginales-, más que disminuir el aumento de usuarios de tales sustancias o reducir las consecuencias adversas de dicho consumo en la salud de los usuarios (Escohotado, 1998).

El consenso general de los especialistas norteamericanos es que los progresos realizados en lo que respecta a la “cruzada contra las drogas” han sido un rotundo fracaso, pues no sólo el consumo se ha incrementado en Estados Unidos, América Latina y Europa, sino más importante aún es que ha aumentado la percepción del “problema de las drogas”. Lo que nos lleva a comprender que las

¹²⁶ Más recientemente, la asistencia estatal que tiene como pretexto combatir la amenaza que representa el narcotráfico, ha disimulado la intervención de los países hegemónicos en otras naciones, principalmente de América Latina (Tenorio, 2010). La Oficina contra la Droga y el Delito de las Naciones Unidas justifica dichas acciones manifestando que:

“Las Américas enfrentan un problema de drogas. América del Sur produce casi toda la cocaína disponible en el mundo, y en América del Norte se consume casi la mitad de ella (y la mayoría de lo que queda se dirige hacia Europa). El hemisferio Americano produce más de la mitad de la hierba de marihuana en el mundo, y un 10 por ciento de los norteamericanos la fuman al menos una vez al año. El tráfico ilícito de heroína, precursores químicos, y drogas sintéticas es predominantemente intra-regional. En resumen, la demanda de drogas en las Américas es satisfecha a través de la oferta de drogas de las Américas. El problema por lo tanto debe ser tratado como un problema de seguridad hemisférica. Las víctimas son los países y comunidades que están atrapadas en este fuego cruzado. El crimen relacionado con las drogas y la violencia que este alimenta en Centroamérica, partes del Caribe y México, son riesgos para la seguridad pública e impedimentos para el desarrollo. Son a la vez los problemas que más temen el público y los inversionistas” (ONU, 2008: 1).

¹²⁷ La estrategia para lograr este control riguroso fue convocar y organizar una serie de conferencias internacionales –primordialmente por solicitud de Estados Unidos-, a partir de las cuales se implantaron una serie de convenios internacionales que contribuyeron a situar el tema del “problema de las drogas” en la agenda internacional.

drogas no son sólo sustancias químicas, sino un fenómeno esencialmente determinado tanto por la ideología dominante, así como por ciertas condiciones de acceso a su consumo. Escohotado expone (1997, versión disponible *on line*) que:

Hasta 1910, los usuarios norteamericanos de opiáceos naturales eran personas de la segunda y tercera edad, casi todas integradas en el plano familiar y profesional, ajenas a incidentes delictivos; en 1980, gran parte de estos usuarios son adolescentes, que dejan de cumplir todas las expectativas familiares y profesionales, cuyo vicio justifica un porcentaje muy alto de los delitos cometidos anualmente. ¿Será que los opiáceos cambiaron, o cambiaron los sistemas de acceso a estas sustancias?

Ante el fracaso de la “cruzada o guerra contra las drogas”, a finales de la década de los años ochenta surgieron en Europa una serie de prácticas, especialmente en Gran Bretaña y Australia, enfocadas en solucionar dos problemáticas de salud pública: el aumento de casos de VIH en usuarios de drogas por vía intravenosa y el aumento en el consumo de drogas ilícitas (Castellanos, 2004). Con lo que se desarrolló un nuevo foco de intervención: la *reducción de riesgos y daños* asociados al consumo de sustancias psicoactivas.

En noviembre de 1990, la Resolución de Frankfurt de Ciudades Europeas Sobre Política de Drogas declaraba que se había comprobado que:

El intento de eliminar tanto el suministro como el consumo de drogas en nuestra sociedad ha fracasado. La demanda de drogas continúa al día de hoy, a pesar de todos los esfuerzos educativos, y todo indica que tendremos que seguir conviviendo con la existencia de drogas y consumidores de drogas en el futuro (...) las ofertas de ayuda no deben estar subordinadas a una total abstinencia de drogas (...) sino también a permitir una vida digna con drogas (García, 2008 versión disponible *on line*).

A continuación, en dicho documento se exponen algunas ideas sobre intervenciones a realizar en la dirección sugerida, incluyendo que la prescripción médica controlada de drogas a consumidores dependientes debe analizarse sin prejuicios y con la vista puesta en la reducción del daño. Lo cual implicaba asumir

la idea de que resulta imposible eliminar el consumo de sustancias con potencial psicoactivo y que además, la mayoría de las ocasiones, las estrategias implementadas para disminuir tal consumo han tenido efectos más peligrosos que el propio abuso de dichas sustancias, por lo que es necesario el planteamiento de objetivos intermedios (Fernández y Fernández, 2009).

Con base en esta nueva orientación se planteó elaborar estrategias más eficientes, seguras y humanas que las propuestas anteriormente por la política prohibicionista, lo cual implicaba un cambio de paradigma al centrarse menos en las cuestiones penales y más en aquéllas de tipo social y cultural. Además, se abordó el consumo de drogas como un tema de salud, más que de seguridad pública, por lo que se proponía reducir la violencia relacionada con el crimen y aumentar el desarrollo social (Trace, 2012).

De esta forma, el cambio de paradigma implicaba “el fin de la criminalización del consumo de drogas, nuevos modelos de reorganización, invertir en información –proveniente de datos confiables-, en educación –para mantener a la opinión pública informada- y en prevención, así como luchar sólo contra el crimen organizado” (Cardozo, 2012). El objetivo buscado era lograr un sistema internacional que protegiera el bienestar de la personas mediante el control de las sustancias potencialmente dañinas, pero con la flexibilidad suficiente para respetar las diferencias socioculturales y sin reprimir a los consumidores y, los campesinos que cultivan determinadas sustancias consideradas ilícitas (Blickman y Jelsma, 2009).

En febrero de 2009, la “Comisión Latinoamericana sobre Drogas y Democracia”¹²⁸ presentó una declaración en la que evaluaba el impacto de las estrategias implementadas hasta ese momento con respecto a la “guerra contra las drogas”.

¹²⁸ Creada por los ex-presidentes Fernando Henrique Cardozo (Brasil), César Gaviria (Colombia) y Ernesto Zedillo (México).

La declaración sostenía que la solución a largo plazo incluía la reducción de la demanda en los países consumidores, además de abordar el consumo de drogas como un tema de salud pública (Blickman y Jelsma, 2009). Esto sería una precondition necesaria para orientar la política represiva al verdadero problema: la disminución de la producción y el desmantelamiento de las redes de traficantes, además de que sería necesaria la creación de estrategias más eficientes, seguras y humanas para ayudar a los usuarios que presentan un consumo perjudicial o dependiente (Trace, 2012).

4.1.2. Empleo de sustancias psicoactivas en México

De acuerdo con García (2002), en lo que hoy es México vivieron una gran cantidad de tribus y culturas¹²⁹ que utilizaban productos vegetales capaces de producir algún estado de alteración de la conciencia con fines diversos. Lo cual no era un caso aislado propio de nuestro país, pues se ha encontrado evidencia de que a lo largo de todo el continente Americano, desde tiempos muy remotos, las más variadas culturas¹³⁰ habían utilizado sustancias psicoactivas, sin que esto representara un problema social. Al contrario, constituía “un elemento central al momento de comprender los métodos de subsistencia, las relaciones ayuda y curación, la memoria colectiva y los sistemas de toma de decisiones” (García, 2002: 11).

Si bien en el tema de la hoja de coca no hay suficientes datos referentes a su consumo en el México prehispánico, se sabe que era de amplio consumo en Sudamérica. Según García (2002), siguiendo a Escohotado (1995), a la llegada de los españoles a América del Sur, la población indígena conocía desde hacía miles

¹²⁹ Tales como las olmecas, toltecas, mayas o aztecas, además de las tribus kiowa, comanche, shawnee, kickapoo, osage, quapaw, seminola, sheyene, ponca, entre muchas más.

¹³⁰ Desde los shamanes mapuches en Chile, hasta los habitantes de los imperios Maya, Azteca o Inca, pasando por las tribus de la cuenca del Amazonas en América del Sur y los pueblos cazadores del oeste norteamericano (García, 2002).

de años los efectos del consumo de hoja de coca. Sin embargo no existe acuerdo en los autores respecto al control en su consumo.

Algunos suponen que éste se encontraba limitado y estrictamente vigilado por el soberano, por lo que sólo se permitía en fiestas religiosas y en algunos trabajos pesados.¹³¹ Mientras que para otros autores, esto no concuerda con los datos históricos ni con la información arqueológica, la cual muestra una popularidad milenaria en el uso de esta planta por los habitantes de esa zona. Independientemente de estas dos posturas disímiles, “el consumo de coca se insertaba armónicamente en la cosmovisión del indígena, sin constituir problema alguno para su sistema social” (García, 2002: 12).

En la literatura médica mexicana del siglo XIX sólo se hablaba de los efectos fisiológicos de la cocaína y un artículo de 1890 se refería al envenenamiento por dicha sustancia.¹³² Sería en el siglo XX, que el consumo de cocaína, así como de otras sustancias psicoactivas (opio y mariguana principalmente) empezó a considerarse como un problema social, no sólo en México, sino a nivel mundial, pese a los usos variados que se le habían dado a tales sustancias desde la Antigüedad y a la diversidad cultural en la que se producía su consumo (Escohotado, 1998).

En cuanto al uso medicinal terapéutico de las sustancias psicoactivas en nuestro país, se aprecia que éste se encuentra documentado desde el periodo prehispánico, en el cual las culturas asentadas tanto en territorio nacional como

¹³¹ “El derecho a mascarla sería concedido por el Inca a quienes desarrollaban ciertas actividades, entre las que es posible reconocer sacerdotes, doctores, guerreros, mensajeros y quienes mantenían las cuentas del imperio” (García, 2002: 12).

¹³² Sin embargo, durante las últimas décadas del siglo XX el consumo perjudicial de cocaína y el síndrome de dependencia de esta sustancia comenzaron a presentarse como un tema de interés epidemiológico en nuestro país, que si bien no alcanzó las dimensiones que presentaba en Estados Unidos (país del que se imitaron los patrones de consumo, es decir consumirla inyectada y posteriormente en polvo), sí presentó un aumento gradual en la población (Tapia, 2001).

las provenientes de Mesoamérica poseían un conocimiento minucioso sobre los efectos psicotrópicos de determinadas plantas:

La civilización mexica tenía un gran conocimiento sobre el uso de las plantas y utilizaba una gran variedad de ellas con fines medicinales; tal era el caso de varias especies de cactus, entre ellas el peyote, el tabaco, el toloache y algunos hongos (Rojas, 2008: 44).

En referencia al peyote, los prehispánicos, al igual que otras culturas, lo consideraban como una “planta divina” con usos médico terapéutico y¹³³ mágico religioso,¹³⁴ además de que les era útil en celebraciones,¹³⁵ ritos adivinatorios y telepáticos por su valor para inducir alucinaciones, así como para otorgarles valor a los guerreros en las batallas:

México representa el país más rico del mundo respecto a la diversidad de alucinógenos y al uso que de ellos han hecho diversos pueblos indígenas. Indudablemente el peyote y el hongo —éste último conocido como *teonanacatl*, “la carne de los dioses”, por los mexicas-, son los alucinógenos sagrados más importantes (Rojas, 2008: 44).

Sin embargo, fue con la llegada de los españoles que el consumo de este tipo de plantas se juzgó como “diabólico”, por lo que la sociedad católica del siglo XVI decidió destruir el amplio conocimiento etnobotánico que los prehispánicos habían

¹³³ “Edward Palmer, quien realizó extensas investigaciones botánicas en México durante el siglo XIX, reportó que el peyote se utilizaba como un remedio para la fiebre, para incrementar la lactancia, para calmar dolores de la espalda y para inducir un sueño reparador. También se utilizaba conjuntamente con otras plantas para aliviar enfermedades más graves. Wendell, Bennett, Zingg y Bye, en su estudio de la cultura tarahumara, describen que el peyote es utilizado para curar enfermedades como el reumatismo, para tratar mordeduras de serpientes y alacranes y para aliviar contusiones” (Rojas, 2008: 47).

¹³⁴ “Relacionados con las fiestas de los dioses y (cuyo consumo estaba) limitado las más de las veces a los sacerdotes o gobernantes encargados de cumplir con funciones religiosas” (Tapia, 2001: 17).

¹³⁵ “Consumo asociado con ciertas celebraciones, entre las que se refieren los banquetes de los grandes señores, las reuniones de comerciantes y mercaderes que van a partir hacia otras tierras, los guerreros de alta jerarquía antes de ir a la guerra” (ibídem) Los gobernantes por su parte los utilizaban como “recurso indispensable y prácticamente cotidiano como ayuda para cumplir con su función de mantenerse en constante comunicación con los dioses” (Ídem).

acumulado. Lo mismo que había sucedido a partir del establecimiento del Imperio Romano y su consecutiva fusión con la Iglesia (Rossi, 1996).

De acuerdo con García (2002), algunos cronistas de la época de la llegada de Hernán Cortés describieron los usos de esta planta con propiedades alucinógenas, sin embargo con el tiempo estas descripciones fueron desapareciendo de la práctica y de la literatura, muy probablemente debido a los efectos represivos que su consumo suscitaba, ya que era asociado directamente a ritos religiosos paganos. Por lo que el consumo del peyote no sólo fue declarado como un culto satánico, sino que fue prohibido tajantemente por la Inquisición (Rojas, 2008).

Es importante mencionar que en el México prehispánico, de todas las sustancias psicoactivas que se consumían, el pulque era el que se consumía más frecuentemente, además era considerado como una bebida divina de uso ceremonial y perfectamente reglamentada por estrictas medidas, que sólo permitían la embriaguez a ciertas personas y en determinadas fiestas religiosas. Durante este periodo, el consumo excesivo del pulque no implicaba problemas de salud pública o de tipo jurídico, sino que sólo se consideraba como una conducta de un grupo reducido de personas, a quienes, si bien se les juzgaba severamente, sólo era a través de mecanismos de control social y moral:

Iba desde dar de beber el teoctli –pulque de los dioses- a los prisioneros, víctimas en el sacrificio gladiatorio en la fiesta de Huitzilopochtli en el día de Cetécpatl (pedernal), hasta la borrachera general que incluía a los niños en la festividad denominada pillihiani (...) Sin embargo, los historiadores han insistido de sobra acerca del patrón de consumo del pulque en sociedades nahuas prehispánicas que se regían por criterios absolutamente diferentes a los válidos dentro de nuestra cultura. El que bebía podía emborracharse. El patrón de bebida era continuar hasta la embriaguez. Pero no debe olvidarse que esta práctica era ritual y sólo se podía beber en las fiestas en las cuales hacerlo estaba expresamente permitido (...) no obstante, al margen de lo anterior quedaba la parte prohibida de la embriaguez. El que bebía era severamente castigado, existiendo un rigurosísimo código de

control social, de acuerdo con el cual cuánto más noble e ilustre era el bebedor, tanto mayor sería su castigo (Tapia, 2001: 2- 3).

Sin embargo, la representación que anteriormente se tenía del pulque cambió durante la Conquista, pues desapareció el control social que se mantenía con respecto a su consumo, así como a sus usos ceremoniales. Sería a partir del siglo XVI, que el pulque se convertiría en “bebida discriminada, socialmente rechazada y considerada como propia de la plebe” (Tapia, 2001). Ya para la segunda mitad del siglo XIX, su consumo así como el de otras bebidas alcohólicas, tales como el mezcal y el tequila, se convirtió en un problema social fomentado por las tiendas de raya.

De acuerdo con Escohotado (1998), durante el Porfiriato, periodo que abarcó de 1877 a 1880 y de 1884 a 1911, el consumo de este tipo de bebidas alcohólicas adquirió una connotación negativa, por lo que se pretendió establecer un control gubernamental sobre el mismo, tomándose medidas contra el consumo excesivo, además de que se le dio un mayor apoyo a la educación pública. Sería a partir de los primeros gobiernos pos revolucionarios que el discurso institucional y la manera de contemplar el consumo y el comercio de sustancias psicoactivas se transformaría, debido a que se siguió el modelo de corte prohibicionista impuesto por Estados Unidos (López, 2011) y los tratados internacionales relativos al control y fiscalización de las sustancias consideradas como drogas de tipo ilícito.

Miranda (2010) explica que durante el gobierno de Francisco I. Madero (1911-1913), a pesar de que no se efectuaron medidas concretas, sí se dieron a conocer algunas disposiciones para regular la producción de bebidas alcohólicas. Fue a partir de 1911, dos años después de la “Conferencia de Shangai”, cuando el tema de lograr un control sobre el consumo excesivo de alcohol fue usado como discurso político y como estrategia para generar votos:

El Partido Educación Cívica del Pueblo en su programa señala que es importante trabajar para la moralización de la clase obrera, explicándole los males que produce el alcoholismo. Por su parte, el Partido Nacional

Obrero sugiere la persecución al bandidaje, la embriaguez, el juego y demás vicios sociales (Miranda, 2010: 103).

Al contrario de lo que sucedía con otra clase de sustancias –opiáceos,¹³⁶ cocaína y mariguana¹³⁷-, las cuales actualmente son consideradas como drogas de tipo ilícito, pero que en ese entonces estaban disponibles sin restricciones legales, pues frecuentemente se empleaban por sus propiedades medicinales (Escohotado, 1998; Tapia, 2001).¹³⁸ El opio¹³⁹ era bien conocido en la Antigüedad y era utilizado con fines médico terapéuticos. Su historia en México muestra cómo incluso hasta el siglo XIX se enfatizaban sus efectos curativos. Tapia (1994) explica que si bien alrededor de 1580 se recomendaba el uso de pepitas de tlilxóchitl (*Vanilla planifolia*) para tratar los problemas de adicción al opio, los cuales se limitaban a pequeños grupos de consumidores –convertidos en tales a partir de prescripciones médicas- estos no constituían una problemática social de proporciones mayores.

Durante todo el siglo XIX, en la literatura médica mexicana se mencionaban principalmente las propiedades médicas del opio y no las complicaciones

¹³⁶De acuerdo con el Consejo Nacional contra las Adicciones son todos aquéllos derivados del opio: morfina, heroína y codeína (Tavera Romero y Martínez Ruíz, 2007).

¹³⁷Fue a partir de la década de los años sesenta del siglo XX, que el consumo de marihuana se relacionó con los jóvenes estudiantes –quienes imitaban el modelo de consumo norteamericano- y los medios artísticos (Tapia, 2001), por lo que los consumidores de esta sustancia fueron estigmatizados al asociárseles con posturas de rebeldía en contra de la sociedad.

¹³⁸Si bien en 1870 se registró un primer intento por regular el uso y venta de algunas sustancias dedicadas al cuidado de la salud, esta restricción se limitó sólo a establecer que la venta de ciertas sustancias (marihuana y adormidera) se hiciera bajo prescripción médica (Miranda, 2010). Así es que en nuestro país, todavía hasta la década de los años veinte del siglo pasado se publicitaban libremente en las grandes ciudades del país; píldoras, remedios y tónicos preparados con polvos de cocaína, opiáceos, entre otros, lo cual significaba que estos no se distinguían de los medicamentos (López, 2011).

¹³⁹Entre los derivados del opio, se encuentra la morfina, sustancia que desde 1876 se utilizaba con fines terapéuticos experimentales en nuestro país, no obstante pronto se planteó el problema por poseerla, ya que se consideraba una muestra de la ausencia de voluntad moral de los consumidores (Tapia, 2001). Lo anterior si bien repercutía sobre la vida social de los usuarios de morfina, no implicaba problemas legales, ni significaba un fenómeno que preocupara a las instituciones de salud pública.

asociadas al consumo abusivo de éste. Sin embargo, hacia esta misma época, ya se empezaban a identificar diferencias importantes entre el consumo del opio mexicano y el de origen oriental introducido en nuestro país ¹⁴⁰ por la población china que migró ¹⁴¹ a México.

Cuestiones que amenazaban los intereses económicos ¹⁴² y actitudes racistas e intolerantes hacia la población china, las cuales se apoyaban en concepciones provenientes de Estados Unidos, ¹⁴³ hicieron que la atención de la sociedad mexicana se enfocara en los peores aspectos de los inmigrantes chinos, resaltando los numerosos casos en que se les involucraba en cuestiones como robos, asesinatos, contrabando y prostitución. De esta manera, se comenzó a criminalizar el “hábito” de los chinos de consumir opio, asociándosele a las problemáticas antes mencionadas, a pesar de que esta práctica era común entre los estadounidenses durante ese periodo (Botton, 2008: 481):

Ya en 1886 hay informes de maltrato a los chinos en Sinaloa, y el diario *El Economista Mexicano*, si bien reconoce el buen trabajo de los peones chinos en Yucatán, los caracteriza como astutos e inmorales y

¹⁴⁰ El opio se introdujo través del puerto de Mazatlán, y al darse cuenta que las condiciones climáticas de Sinaloa eran favorables para el desarrollo de esta planta, se comenzó rápidamente su cultivo (Cedillo, 2007).

¹⁴¹ De acuerdo con Botton (2008: 478- 479) “A pesar de la presencia esporádica de chinos en el continente americano, la migración a gran escala se inició a mediados del siglo XIX. En las colonias de América Latina y del Caribe, la prohibición de la trata de esclavos negros presionó a los hacendados a aceptar trabajadores chinos que provenían del tráfico de personas, los coolies, que se llevaba a cabo ilegalmente desde Macao, colonia portuguesa (...) México no participó en el comercio de coolies, y los primeros chinos que llegaron a México como trabajadores contratados provenían de Estados Unidos”.

¹⁴² “A los chinos se les acusaba de haber desplazado a los trabajadores mexicanos porque estaban dispuestos a realizar cualquier tarea al precio que fuera; habían acaparado labores femeninas como el lavado de ropa y otros servicios, también perjudicaban a los comerciantes mexicanos poniendo negocios que competían de manera desleal y en los que no empleaban a mexicanos” (Botton, 2008: 481).

¹⁴³ Esta misma autora comenta que en Estados Unidos, la depresión de la década de 1870 fomentó un movimiento antichino caracterizado por violencia, asesinatos y agitación contra dicha población, que culminó con The Chinese Exclusion Act de 1882, la cual prohibía la inmigración de chinos, quienes fueron acusados de robar los empleos de los blancos, de ser “peligrosos”, “serviles”, “sucios y de asquerosos hábitos” y, en general, “inferiores desde el punto de vista mental y moral” (Botton, 2008: 479).

afirma que, considerado en su físico, en su moral, sus hábitos, su monstruosa lengua, verdadera matraca de monosílabos (...) se comprende la animadversión general e instintiva en contra suya.

México firmó la “Convención Internacional del Opio” de La Haya el 15 de mayo de 1912, sin embargo, ésta sería aprobada por el senado –según el nuevo marco constitucional del 1917- hasta el 8 de marzo de 1925. Por lo que para 1913, un año después de haberse llevado a cabo en La Haya, la “Convención Internacional del Opio”, el gobierno mexicano formalizó su preocupación por el consumo de diferentes sustancias psicoactivas, dándole una gran importancia al opio –lo cual se plasmó en la constitución de 1917-. La Oficina de Correos incautó paquetes provenientes del exterior que contenían opio, por lo que el gobierno federal encargó al Consejo de Salubridad General “la vigilancia del alcoholismo y otras prácticas que degeneran la especie humana” (Miranda, 2010: 103).

Para la década de los años veinte, la política prohibicionista internacional avanzó rápidamente en nuestro país con la sucesiva criminalización de diferentes sustancias psicoactivas, por lo que la nueva orientación prohibicionista se reflejó casi inmediatamente en la legislación nacional; en enero de 1925 el presidente Plutarco Elías Calles expidió un decreto sobre la regulación del comercio de opio, morfina y cocaína, lo cual significó un auténtico cierre de las fronteras a la importación de tales sustancias (Pérez, 2003).

En 1926, en el Código Sanitario se prohibía el cultivo y la comercialización de la adormidera (también conocida como planta del opio), así como de la marihuana (Pérez, 2003), sustancias que fueron consideradas como un problema social e incluso como un “cáncer”. Aunado a lo anterior, el cultivo de la marihuana en el interior del país fue prohibido explícitamente. A pesar de la prohibición, en estados como Sonora, Sinaloa, Chihuahua y Durango se continuó cultivando sustancias psicoactivas que en ese momento ya se consideraban ilícitas (López, 2011). Las disposiciones prohibitorias se complementaron con el contenido del Código Penal

promulgado en 1929, en el cual ya se incluía un capítulo específico tipificando delitos relacionados con drogas ilícitas. En 1931, se publicó el nuevo Código Penal en el que la técnica para describir los delitos contra la salud relacionados con drogas ilícitas se hizo más precisa (López, 2011).

En ese mismo año, México acordó la Convención celebrada en 1925 en Ginebra, la cual limitaba la fabricación de estupefacientes y reglamentaba la distribución de los mismos (ONU, 2008). Al firmar dicha Convención, se reservó el derecho de aplicar en territorio nacional medidas más estrictas que las establecidas con respecto a la restricción del cultivo, elaboración, uso, posesión, importación y consumo de las sustancias a las que hacía referencia dicha Convención (Bunster, 1993). Fue con la firma de la “Convención de Ginebra” que el movimiento prohibicionista se concretó en nuestro país, pues se estableció formalmente la lucha contra el consumo de sustancias consideradas como ilícitas, sobre todo las de origen natural como el opio, la coca y el cannabis (Pérez, 2003). A nivel internacional, convenciones posteriores introdujeron la petición de imponer severas penas para los traficantes de drogas ilícitas, lo cual sería seguido por México.

Durante el sexenio de Lázaro Cárdenas (1934-1940) se fortaleció la lucha contra las drogas de tipo ilícito, a través de la aplicación de un programa que buscaba coordinar, prevenir, investigar y perseguir a los traficantes de sustancias, en el que participaba la Policía Judicial Federal y la Policía de Narcóticos norteamericana (López, 2011). En el gobierno de Ávila Camacho se firmó el Protocolo de París (1949), con la finalidad de someter varias sustancias psicoactivas no comprendidas en la Convención de 1931 a fiscalizaciones (López, 2011). Para 1953 se firmó el Protocolo sobre el Opio, que limitaba la producción y el comercio del opio a fines médicos y científicos (ONU, 2008).

En 1961, México firmó la “Convención Única sobre Estupefacientes” de 1961, la cual entró en vigor en nuestro país a partir del 13 de diciembre de 1964 (Bunster,

1993). Por lo que serían los primeros años de la década del setenta los que se caracterizaron por la promulgación de leyes rigurosas contra las drogas ilícitas en la mayoría de los países de América Latina, incluido México. Además, se instituyeron una serie de organismos a nivel gubernamental para cumplir con lo señalado en dicha Convención y su Protocolo de modificación llevado a cabo en 1972, así como del “Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas” de 1971 (Del Olmo, 1992).

En torno a este tema, Inchaurrega (2001) señala que durante esta época aumentó la dimensión del mercado de drogas ilícitas en Estados Unidos, por lo que éste ubicó como determinante de la situación el crecimiento de la oferta por parte de los países productores, lo cual ocasionó reiterados intentos para controlar la oferta y el aumento de la presión diplomática sobre los países productores y de tránsito. Nuestro país firmó el Protocolo aprobado en Ginebra el 25 de marzo de 1972 y que entró en vigor desde el 8 de agosto de 1975, así como del “Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas” suscrito en Viena el 21 de febrero de 1971, en vigor desde el 16 de agosto de 1976, todos estos instrumentos que –casi sin excepción- dejaron sin vigencia a los anteriores (Bunster, 1993).

La conformación de un nuevo orden mundial, resultado principalmente de la existencia de intereses económicos y políticos de los países hegemónicos, y no porque realmente fuera una problemática que preocupara por sus consecuencias en la salud individual y colectiva de la población (Rossi, 1996, Del Olmo, 1997, Tenorio, 2010), propició el consecuente cambio de perspectiva en torno al consumo de determinadas sustancias psicoactivas denominadas como drogas ilegales, instalando al “problema de las drogas” como el chivo expiatorio de la sociedad actual (Escohotado, 1998), desviando con esto la atención de las causas reales de fenómenos tales como la delincuencia, la violencia, la corrupción, la inseguridad, entre otros:

El problema de las drogas es un campo de batalla de conflictos económicos e ideológicos y no un símbolo de preocupación por la salud

pública como pretende presentarse. Estos conflictos económico-políticos son los que han configurado la ideología popular y el carácter de la acción estatal que se expresa en formas de control que parecen más bien funcionar para proteger monopolios nacionales y o internacionales; excluir la competencia externa y regular la distribución (Mazzotti, 2004: 8).

Con lo cual, no sólo se ha estigmatizado y criminalizado este fenómeno, sino que se ha justificado la instrumentación por parte de los Estados de una serie de acciones punitivas, como la represión del narcotráfico,¹⁴⁴ la penalización del consumo y la imposición de tratamiento médico a los farmacodependientes. Bajo el argumento de que esto constituye su derecho y obligación de proteger a los ciudadanos, no sólo frente a enemigos externos, sino incluso contra sí mismos (Laraña, 1986), conservando con lo anterior la idea de que se mantiene un control social efectivo.

4.2. Hipótesis que vinculan el consumo de sustancias psicoactivas con factores criminógenos

La conformación de un conjunto de creencias, nociones y actitudes negativas en torno a sustancias psicoactivas concretas, su consumo y las personas vinculadas al fenómeno de la farmacodependencia ha consolidado los estereotipos de “la droga” como algo malo y peligroso en sí mismo convirtiéndola en un hecho delictivo –lo cual es amplificado por los medios de comunicación-.¹⁴⁵ Vinculando

¹⁴⁴ Lo cual incluye la destrucción de sembradíos, el desmantelamiento de laboratorios, pistas de aterrizaje y vehículos que sirven para transportar dichas sustancias, el apresamiento de los traficantes, la confiscación de sus bienes e interceptación de cargamentos, tanto en los lugares de origen como en los de tránsito y en los mercados donde se consumen las drogas, sin olvidar el arresto de los consumidores que transgreden la ley (Husak, 2001).

¹⁴⁵ En cuanto al papel que desempeñan los medios en la amplia difusión de este tipo de representaciones sociales, Perales (2007) expresa que es posible apreciar una predominancia de las noticias que asocian consumo perjudicial de sustancias o la farmacodependencia con el delito, con poca repercusión de los enfoques sanitarios o sociales. Mientras que en los contenidos de ficción, la asociación entre consumo perjudicial de sustancias o la farmacodependencia y el delito es también la más importante. En el caso de la información que se maneja en los medios de comunicación

constantemente este tema con el delito y la violencia, aunque no siempre se plantea lo contrario, es decir, a las desigualdades sociales, a la pobreza y a la marginación como generadoras de esta problemática:

La drogadicción es un factor de indiscutible incidencia en la etiología del delito. Cuando se habla de él es imposible dejar de hacer consideraciones acerca del rol que las drogas cumplen en su génesis y al tratar las toxicomanías no podemos omitir sus aspectos criminológicos (Astolfi, Gotelli, Kiss, López, Maccagno y Poggi, 1989).

Con lo cual concuerda la visión de la Organización de las Naciones Unidas, institución que indicó en el Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2003 que “puede decirse que hay abundantes pruebas de la relación entre la delincuencia grave, la criminalidad, los delitos violentos y el uso indebido de drogas, por una parte, y las consecuencias negativas para los individuos y las comunidades, por la otra” (ONU, 2004: 1).

Mientras que la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, en la Primera Reunión de Ministros de Seguridad Pública de las Américas, llevada a cabo en 2008, manifestó que:

La violencia urbana en los Estados Unidos, los “bike gangs” en Canadá, el secuestro en México, las maras en América Central, matones en el Caribe, gánsters en las favelas brasileñas, insurgencia en Colombia – en cada uno de estos casos existe un vínculo directo con las drogas-. El dinero recaudado a través del tráfico de drogas lubrica la corrupción, debilita a las Fuerzas Armadas y los cuerpos de seguridad así como a

masiva con respecto a este fenómeno, el estereotipo del farmacodependiente se caracteriza por una serie de indicadores muy cercanos al estigma:

Lo que “hacen” define lo que “son”, especialmente en el caso de los consumidores de heroína, que son quienes habían sido mayormente representados en los medios de comunicación. Se les presenta con un perfil bien definido (jóvenes, sin valores, marginados y no integrados a la sociedad), en el cual el consumo perjudicial de sustancias y la farmacodependencia aparece como algo que condiciona dicho perfil.

El farmacodependiente presenta “falta de voluntad”, por lo que todavía puede encontrarse en los medios relatos que asocian el consumo perjudicial de sustancias o la farmacodependencia con el “vicio”, apareciendo el usuario entonces como “culpable” de su situación y de cuestiones como la violencia, la delincuencia, entre otras.

la integridad de los funcionarios públicos. El blanqueo del dinero a través del sistema bancario, compañías inmobiliarias y otras actividades económicas desdibuja la diferencia entre el Estado de Derecho y Estado del dinero (ONUDD, 2008a, comunicado de prensa).

De acuerdo con el National Institute on Drug Abuse (2003), la conexión entre el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, así como la farmacodependencia y el crimen es bien conocida. Estas conductas están implicadas en por lo menos tres tipos de delitos: (1) los delitos por la posesión o venta de drogas, (2) los directamente relacionados al abuso de drogas y (3) aquellos relacionados con un estilo de vida que predispone al consumidor de drogas a realizar alguna actividad ilegal. Las razones para esta relación incluyen lo siguiente:

- La competencia de los mercados y clientes de droga.
- Las disputas y enfrentamientos entre individuos involucrados en los mercados ilícitos de drogas.
- La tendencia hacia la violencia de individuos que participan en el narcotráfico.
- Aquellas situaciones que se presentan cuando los mercados callejeros de droga, al proliferar, cuidan de ser perjudicados económica y socialmente; los mandos legales y sociales contra la violencia en las tales áreas tienden a ser ineficaces.
- La proliferación de armas letales en los recientes años también ha hecho de la violencia relacionada al consumo de drogas un delito a menudo mortal (Alcaraz del Castillo y Zuazo, 2003: 18-19).

Autores como Valenzuela y Larroulet (2010: 34) continúan con la misma lógica estableciendo que:

La investigación sobre la relación droga/delito arroja evidencia contundente de la magnitud del uso y abuso de drogas entre quienes cometen delitos y las probabilidades de riesgo delictual que traen consigo las drogas. La asociación estadística entre droga y crimen se ha observado con gran precisión.

Dichos autores citan un meta-análisis realizado por Bennett, Holloway y Farring en el 2008, el cual examinó alrededor de treinta estudios en este tema y concluyó que “la probabilidad de cometer un delito es entre 2,8 y 3,8 veces mayor entre quienes han usado drogas que entre quienes no lo han hecho” (Valenzuela y Larroulet,

2010).¹⁴⁶ Es así que se aprecia que el vínculo entre el consumo perjudicial de sustancias o la farmacodependencia y la delincuencia es muy difícil de separar en la mayoría de las ocasiones (Portero y De Francisco, 2000), a pesar de que no se ha demostrado una relación directa.

En este sentido, Otero (1997: 184) concluyó que si bien existe relación entre el consumo perjudicial de sustancias o la farmacodependencia y la delincuencia, la naturaleza de dicha asociación es inespecífica y controversial, pues “los hallazgos derivados de la literatura son poco consistentes y difícilmente generalizables dada la diversidad de muestras y definiciones operativas que se han utilizado”. En realidad, en lo único en lo que se puede estar de acuerdo es en que:

La hipótesis de que el consumo genera delincuencia sea la que mejor “explique” el consumo habitual de los sujetos con un historial de adicción a la heroína y otros narcóticos; la hipótesis de que es el “estilo de vida” delictivo el que lleva a la involucración en consumo se ajusta mejor a los datos obtenidos de los consumidores habituales de otras drogas y de los consumidores experimentales de heroína, y que la hipótesis de que ambas conductas no se relacionan causalmente, sino que son “causadas” por los mismos factores, “explique” la relación entre droga y delincuencia para los sujetos jóvenes consumidores habituales de alcohol y/o marihuana y consumidores experimentales de otras drogas (Otero, 1997: 185).

En esto coincide Elzo (2001: 80), al sostener que:

Si bien existe la correlación droga-delincuencia-desviación social (y valdría la pena continuar el análisis con la introducción de conceptos tales como “marginación” y “exclusión social”) y se confirma en relaciones estadísticamente significativas, no es capaz, por sí sola, de dar cuenta ni del hecho de la drogadicción, ni del hecho de la delincuencia, ni del hecho de la desviación social (ni de la marginación, ni de la exclusión social).

¹⁴⁶ “Las tres drogas más comúnmente asociadas con el crimen son crack, heroína y cocaína, en ese orden de precedencia: el crack puede aumentar hasta seis veces la probabilidad de delinquir, mientras que la heroína arroja incrementos que fluctúan entre 3 y 3,5 veces y la cocaína alrededor de 2,5 veces. También el uso de marihuana entrega una relación estadísticamente significativa con el delito aunque en montos menores, de alrededor de 1,5 veces” (Valenzuela y Larroulet, 2010: 34).

Por lo que no se puede afirmar que las personas que consumen sustancias psicoactivas delinquen o que sean “desviadas”, ni que las personas que delinquen sean farmacodependientes, ni mucho menos que las personas marginadas sean delincuentes o adictas a alguna sustancia psicoactiva. Simplemente se puede decir, que se ha observado en cierto grupo de personas que consumen este tipo de sustancias de manera problemática o dependiente, la ejecución de delitos muy específicos.

Al respecto, el NIDA (2008) establece que la relación “consumo de sustancias psicoactivas – delito” debe interpretarse cautelosamente, pues la comisión de delitos depende de múltiples factores y no sólo del consumo de sustancias, además los estudios al respecto no son consistentes en sus metodologías y los sistemas de medición y de análisis al respecto presentan limitaciones:

La mayoría de los crímenes que se cometen, dependen o son consecuencia de una variedad de factores (personales, circunstanciales, culturales, económicos); de esta manera, incluso cuando las drogas constituyen causa, es probable que sean sólo un factor entre muchos. Lo que se quiera decir por crimen “droga-relacionado”, varía de estudio a estudio; algunos estudios interpretan la simple presencia de drogas como un factor causal relevante en la generación y comisión del delito y otros estudios interpretan esta relación de manera menos estricta. Las declaraciones de los infractores sobre su uso de drogas pueden exagerar o minimizar la relevancia de las mismas; los sistemas de medición de uso de drogas, como el análisis que identifica sólo muy reciente uso de droga, tienen también limitaciones (Alcaraz del Castillo y Zuazo, 2003: 19).

A pesar de lo anterior, existen hipótesis que asocian tajantemente el consumo de sustancias psicoactivas, sobre todo de tipo ilícito, con la delincuencia y viceversa, aunque de acuerdo con el NIDA en cierto sentido son contradictorias (en Otero, 1997). Por lo tanto, se debe ser cuidadoso al establecer una relación causal directa e indiscutible entre ambos fenómenos, pues existen diversas variables

desencadenantes comunes involucradas,¹⁴⁷ como la pobreza¹⁴⁸ y la exclusión social. Siguiendo a Madoz, Sais, Baca y Ochoa (2001) son:

1. El consumo de sustancias psicoactivas como causa de la delincuencia.
2. La delincuencia deriva en problemas de farmacodependencia.
3. Niega la causalidad entre ambas variables.

4.2.1. El consumo de sustancias psicoactivas como causa de la delincuencia

La primera hipótesis postula que “la droga causa delincuencia y asume que el consumo de drogas precede a la delincuencia y que es la necesidad de consumir drogas lo que genera, en gran medida, la necesidad de delinquir” (Otero, 1997: 26). En esta primera hipótesis Otero incluye dos situaciones; por un lado señala que dado el alto costo de las drogas ilegales, el usuario con un consumo problemático está obligado a delinquir para conseguir los recursos económicos que le permitan comprar el producto, por el otro, indica que una vez consumida la sustancia psicoactiva, el individuo se involucra en actividades delictivas bajo los efectos de ésta.

¹⁴⁷ Ejemplo de esto se encuentra en el Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2003 de la ONU: “En varios estudios se determina una relación entre el uso indebido de drogas y otros delitos penales, incluidos los delitos violentos. Los estudios de casos concretos de delincuentes que han cometido delitos violentos como los de homicidio y robo indican que el uso indebido de drogas suele ser un factor crítico. Por otra parte, algunas pruebas parecen indicar que las tasas de violencia son más altas cuando están asociadas a un uso indebido de drogas más frecuente. Al mismo tiempo, si bien algunos toxicómanos cometen delitos violentos, otros no son delincuentes ni violentos. Estas conclusiones deben interpretarse con cautela en razón de lo que no dicen sobre otras causas de los delitos violentos que no están relacionadas con el uso indebido de drogas ilícitas, y de su interpretación selectiva de pruebas que no proporcionan detalles sobre los toxicómanos que no son delincuentes ni violentos” (ONU, 2004: 1).

¹⁴⁸ “La pobreza, entendida como estado de necesidad con riesgo de exclusión, en razón del contexto socioeconómico-cultural está más relacionada con la delincuencia que el mero hecho de consumir drogas. Incluso si hay aquí consumo de drogas, cabría preguntarse si la droga es el “causante” originario o el periférico de la involucración en la delincuencia” (Elzo, 2001: 80).

Por lo que plantea una relación positiva entre el consumo de sustancias psicoactivas y la delincuencia, indicando que ésta es provocada por diversas cuestiones, tales como el “efecto farmacológico” de las sustancias, el cual aumenta la agresión y la violencia, así como por el “efecto económico” en el que algunos usuarios con problemas en su consumo recurren a la delincuencia para financiar su dependencia y finalmente por el “efecto sistemático”, en el cual aparece la violencia en los mercados de las drogas por los problemas suscitados entre los implicados (Choclan y Calderón, 2005).

Otero (1997) señala que la “modalidad psicofarmacológica”, es decir los delitos que se cometen bajos los efectos de las sustancias psicoactivas, ha sido menos estudiada que la primera porque no tiene la misma relevancia a nivel estadístico,¹⁴⁹ sin embargo, no deja de ser importante a nivel sociológico y penal:

Más específicamente, esta hipótesis se asienta en dos argumentos: el primero se refiere a que es el elevado coste de las drogas ilegales lo que lleva al adicto a que, para mantener su nivel de consumo (y, en consecuencia, evitar los efectos indeseables de la retirada), realice delitos que le generan ingresos; el segundo, de menor importancia (si tenemos en cuenta el poco “peso” que ha tenido en la literatura), sugiere que los efectos psicofarmacológicos de las drogas incrementan la probabilidad de que el consumidor se involucre en actividades delictivas, fundamentalmente delitos violentos. En suma, esta hipótesis relaciona el consumo de drogas con delitos contra la propiedad y/o delitos con violencia (Otero, 1997: 26).

Es así que tres tipos efectos (farmacológico, económico y sistemático) generan tres tipos de delincuencia, cuyo origen es el consumo de sustancias psicoactivas:

- *Delincuencia funcional* que viene determinada por la necesidad imperiosa de seguir consumiendo la sustancia, para lo cual el usuario

¹⁴⁹ “Los delitos relacionados con el uso indebido de drogas son en su mayoría no violentos y con frecuencia menores. Los delitos económico-compulsivos para obtener drogas, como el robo y el hurto, son más comunes que la agresión violenta inducida por las drogas (ONU, 2004: 1).

farmacodependiente debe continuar delinquiendo para obtener los medios con que adquirirla y mantener su farmacodependencia.

- *Delincuencia directa* consecutiva a los efectos desinhibidores o estimuladores, por la alteración y modificación de la conducta derivada del consumo de estas sustancias.
- *Delincuencia asociada* que se produce por la marginación y el rechazo social hacia el farmacodependiente, que se aboca a situarse en el ámbito de la delincuencia que puede facilitarle la sustancia que necesita.

Otero (1997) explica que la concepción determinista que asocia directamente a ambos fenómenos (consumo de sustancias y delincuencia) debe ser analizada entendiendo cuál es su función social en ambas conductas. Lo cual permitirá entender el estereotipo basado en el enfoque ético-moral asociado al farmacodependiente (es considerado como “vicioso, degenerado y con tendencias criminales”), el médico (en el cual se considera “enfermo”) y el jurídico (delitos relacionados con el consumo y tráfico de drogas).

Diferentes autores mantienen una clasificación similar a la ésta, pero más que referirse a los tipos de “efectos” o “delincuencia”, han establecido diferentes tipos de “delitos”¹⁵⁰ referidos al ámbito del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas o a la farmacodependencia:

1. Delitos cometidos bajo la influencia de la droga (Astolfi *et al*, 1989). Que sería el “efecto farmacológico” mencionado por Otero (1997). Elzo (1997) lo denomina

¹⁵⁰ La definición legal expuesta en Otero (1997: 48) expone que “la característica esencial del delito es que es una conducta prohibida por el Estado y ante la cual el Estado puede reaccionar castigándola. Los dos criterios abstractos generalmente considerados por las escuelas legalistas como elementos necesarios en la definición del delito son la descripción legal de un acto como socialmente grave y la provisión legal de la penalidad del acto”.

como “delincuencia inducida”.¹⁵¹ Lo cual se relaciona estrechamente con el efecto que la acción farmacológica de la sustancia tiene en el consumidor, la cual genera una modificación conductual. Este tipo de delitos tiene múltiples variedades en función de la sustancia de la que se trate:

Serán actos violentos, cargados de agresividad cuando se esté bajo la influencia de un estimulante, que se traducirán en homicidios, lesiones, desacatos, etc. (...) bajo la acción de los depresores es poco probable la comisión de delitos violentos, habida cuenta de la incidencia que tiene sobre la volición traducida en una merma de la actividad (...) en cambio, los adictos a los opiáceos son muy peligrosos en la abstinencia (Astolfi *et al*, 1989: 203).

Así los inhalables y la cocaína son las drogas que más se relacionan con la conducta antisocial. Particularmente los consumidores de cocaína están relacionados con problemas con la ley y la policía, la venta de drogas, violencia física, forzar cerraduras, prender fuego intencionalmente y robar usando cuchillos o pistola (Castellanos, 2004: 109).

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (OMS, 1992 versión disponible *on line*):

Las sustancias psicótropas depresoras del sistema nervioso central pueden producir síntomas de agitación o hiperactividad o las sustancias psicótropas estimulantes, dar lugar a un estado de introversión y retraimiento social. Los efectos de algunas sustancias como el cannabis y los alucinógenos son particularmente imprevisibles. Por otra parte, muchas sustancias psicótropas pueden producir efectos de diferentes tipos en función de la dosis. Por ejemplo, el alcohol que a dosis bajas parece tener efectos estimulantes del comportamiento, produce agitación y agresividad al aumentar la dosis y a niveles muy elevados da lugar a una clara sedación.

¹⁵¹ “Tiene su origen en la intoxicación producida por la ingesta de sustancias y la delincuencia dependerá en definitiva, de los efectos que la sustancia consumida tenga en el organismo (...) A nivel general, se puede relacionar con delitos contra las personas, contra la libertad sexual, contra la libertad interior del Estado, contra la seguridad en el tráfico y, ocasionalmente, contra la propiedad” (Otero, 1997: 57).

De acuerdo con Souza y Machorro (2007: 76) se ha documentado que, en el momento de su arresto “33% de los jóvenes detenidos han abusado de por lo menos una droga y más del 40% de tales homicidas afirman haber estado bajo los efectos del alcohol en el momento del ilícito”. Según Castellanos (2004: 109):

En México, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, el fenómeno delictivo se presenta mayoritariamente en la población joven (...). La incidencia delictiva por tipo de delito varía entre los delitos del fuero común y del fuero federal. Los delitos del fuero común más frecuentes son el robo y las lesiones, en cambio, los delitos del fuero federal más altos son el uso de armas prohibidas y los delitos relacionados con las drogas, tipificados en la ley sobre narcóticos (producción, procesamiento, venta, etcétera).

Escudero (2001) afirma que si bien el consumo de sustancias psicoactivas es el rasgo más característico de la delincuencia y de la prisión moderna, lo que realmente causa la delincuencia no es el consumo como tal, sino la ausencia de la sustancia que se consume, es decir, cuando se presenta el síndrome de abstinencia.¹⁵²

2. Delitos relacionados con la obtención de la droga (Astolfi *et al*, 1989). Considerado “efecto económico” en la clasificación de Otero (1997) o “delincuencia funcional”¹⁵³ como lo denomina Elzo (1997). Esto implica que el consumo perjudicial y la dependencia generan que el farmacodependiente oriente toda su actividad, básica y prioritariamente a la búsqueda de la sustancia, así como una degradación física, psíquica y moral que lo lleva a aceptar cualquier

¹⁵² Para Elzo (1997), el tipo de delitos cometidos durante este síndrome tienen que ver con robos, estafas, violencia, intimidación, falsificación de recetas, hurtos de droga en farmacias, tráfico de estupefacientes, así como la mendicidad y la prostitución, lo cual se considera como un caso de delincuencia menor y corriente.

¹⁵³ “Es la realizada por un drogodependiente con la finalidad de procurarse la sustancia que necesita y evitar los efectos indeseables de la retirada. Los delitos más característicos son los de apoderamiento lucrativo (robos con fuerza en las cosas o con violencia o intimidación en las personas) y ocasionalmente delitos de falsedades (ej., falsificación de recetas), malversación, etcétera” (Otero, 1997: 57).

situación para procurarse los medios económicos que permitan mantener su consumo.

Entre los delitos relacionados con la obtención de la sustancia, Astolfi *et al* (1989: 205) exponen “los robos, hurtos, fraudes, estafas, asaltos, falsificación de recetas, malversaciones, calumnias, chantajes, etc. Generalmente, intentan no ejercer violencia contra las personas, pero cuando la situación supera esa posibilidad, se cometen lesiones y homicidios”. Así como la prostitución. En este sentido, Elzo (1997) expresa que debido a que la mayoría de las sustancias psicoactivas son productos ilegales su precio es más alto, por lo que el usuario frecuente está obligado a robar para proporcionarse los medios económicos que le permitan mantener su consumo. Portero y De Francisco (2000: 115) opinan que:

De modo gradual el drogodependiente se ve inducido a la realización de actos delictivos para procurarse los medios con los que sufragar su farmacodependencia, lo que se refuerza intensamente en aquellas drogas que generan dependencia física ante el temor a sufrir el síndrome de abstinencia.

Al respecto Astolfi *et al* (1989: 205) expresan que:

El hábito, o sea, la adaptación del organismo a la droga y la etapa subsiguiente de dependencia, es decir, cuando ya se está sujeto a ella, psíquica o psicofísicamente, hacen que el adicto trate de conseguirla a cualquier precio, sin medir las consecuencias. Cuando es presa del síndrome de abstinencia y padece la dramática sintomatología de la carencia, que puede ser suprimida sólo con la administración de una nueva dosis, el “hambre de droga” –la “necesidad”- lo enfrenta con una crítica situación que debe resolver sin demora, y el delito violento, caracterizado por su impulsividad y agresividad, puede ser la única alternativa para obtenerla.

De acuerdo con Figueiredo (1995: 214), el farmacodependiente:

Tiene la conciencia de que la gente respetable lo ve como un criminal y él mismo se ve actuando como tal. Lo cual refuerza su ligazón y dependencia en relación al mundo de la droga, tanto en lo que concierne al apoyo interpersonal, como en lo que se refiere a la obtención de ésta. Puesto que la necesidad de financiar su vicio le

absorbe una parte cada vez mayor de su tiempo y energía, y dado que los otros universos (trabajo, familia...) lo repelen o lo rechazan, la droga se transforma en un modo de vida. Todo lo anterior hace que tanto el proceso de criminalización como la necesidad de pena se vuelvan inaceptables, principios con los que el Estado está en realidad “creando” mucho más delincuencia de la que es capaz de evitar.

Por su parte Madoz *et al* (2001) indican que la mayor parte de la delincuencia directamente realizada por personas adictas, se relaciona tanto con el síndrome de abstinencia, así como con una manera de financiar los gastos derivados del consumo y con situaciones de intoxicación. Para estos autores, los delitos se categorizan en dos grandes grupos:

1. En los que el agente directo es un sujeto con un consumo perjudicial o dependiente.
2. Los delitos a gran escala relacionados con tráfico de drogas, en los que rara vez son realizados por el farmacodependiente.

Sin embargo Souza y Machorro (2007: 70) explica que:

Los pacientes con síndrome adictivo no forman un grupo homogéneo ni cometen delitos promovidos por la necesidad de subsistir, a pesar de que la historia de consumo de narcóticos en muchos países de fuerte conexión con la cultura criminal es alta y relevante en términos de ataque a la salud y estabilidad social.

Finalmente, existe un tercer tipo de delincuencia; la “relacional”¹⁵⁴ que también es denominada como “periférica” por Elzo (1997), que se produce en torno al consumo de esta clase de sustancias y colabora en dicho consumo, ya sea facilitando directa o indirectamente el producto, o facilitando la obtención del dinero para conseguirlo (caso del encubridor). Para Astolfi *et al* (1989: 207-208),

¹⁵⁴ Actividades delictivas que se producen en torno al consumo de drogas y son facilitadoras de dicho consumo. Algunos ejemplos de esta delincuencia se refieren tanto a las conductas, realizadas por consumidores, de tráfico de drogas en sentido amplio (cultivo, elaboración, tráfico facilitación del consumo, etc.) como a la compra o venta de objetos de conocida procedencia ilegal (Otero, 1997).

esto se conoce como “delitos previstos por la ley en vigencia”. Los cuales se clasifican en:

Relacionados con la producción y el tráfico, relacionados con la actividad profesional, facilitación de lugares para que se lleven a cabo los delitos citados o para que en ellos se usen estupefacientes, tenencia ilegítima de estupefacientes, aunque estuvieran destinados a uso personal, inducción al consumo, uso para preparar, ejecutar u ocultar otro delito, difusión pública del uso de estupefacientes, uso de lugares públicos o privados que tuvieran probable trascendencia a terceros.

Similar a la clasificación anterior, encontramos otras tipificaciones que consideran los siguientes tipos de delitos (Madoz *et al*, 2001):

1. Delitos relativos a la producción y distribución de drogas, los que generalmente no son llevados a cabo por los usuarios de las sustancias psicoactivas.

2. Actos delictivos cometidos por sujetos bajo la influencia y efectos causados por el consumo de sustancias psicoactivas. *Efecto farmacológico o delincuencia inducida.*

3. Sujetos con un consumo perjudicial o dependiente que transgreden la ley con el fin de conseguir dinero para conseguir la sustancia. *Efecto económico o delincuencia funcional.*

De acuerdo con Portero y De Francisco (2000) se pueden clasificar en:

1. Delitos por tráfico ilícito y distribución de drogas. Que se consideran como delitos contra la salud pública y que generalmente se localizan en los últimos eslabones de la cadena de consumo.

2. Delitos cometidos bajo los efectos de las sustancias. Tanto por comisión como por omisión, lo que se denomina como “delincuencia directa” o “inducida directamente”. *Efecto farmacológico.*

3. Delitos provocados por la necesidad de obtener la droga. Se trata de la denominada “delincuencia funcional”. *Efecto económico.*

En síntesis, lo que postula esta primera hipótesis es que los sujetos con un problema en su consumo de este tipo de sustancias con frecuencia transgreden la ley para poder financiar su consumo, además que las propiedades farmacológicas de la sustancia generan conductas antisociales. Por tanto, pueden distinguirse dos grupos de actos antijurídicos: delitos relacionados **con** las drogas y delitos provocados **por** el consumo de éstas.

En los delitos provocados por el consumo, tienen un peso fundamental dos factores (Portero y De Francisco, 2000):

1. Los derivados de la sustancia que se consume: la clase de sustancia y el tipo de consumo que se presenta, lo cual determina la cantidad de recursos económicos para financiar el consumo y la disponibilidad de la sustancia.
2. Los derivados del sujeto que consume: que se relacionan con cuestiones de personalidad y nivel socio-económico.

De esta hipótesis se derivan dos implicaciones criminológicas; en la primera se tiende a destacar el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas y la farmacodependencia con las elevadas cifras de delitos cometidos por sujetos farmacodependientes,¹⁵⁵ mientras que en la segunda se enfatiza la importancia

¹⁵⁵ Portero y De Francisco (2000: 120) identifican una estrecha vinculación entre el incremento de los delitos (sobre todo aquéllos contra la propiedad) y el aumento del consumo de sustancias, mientras que la disminución en el “crimen se observa tanto si la disminución del consumo es por un tratamiento efectivo, por cese espontáneo o por libertad condicional”. Por su parte, las Naciones Unidas indican que “una proporción de delitos como el robo a mano armada, el hurto, el asalto o el robo con fractura es resultado de factores subyacentes como el uso de drogas, pero no es fácil reconocer el alcance de esto en las estadísticas. Los delitos relacionados con las drogas desde su posesión a su tráfico, que pueden detectarse más fácilmente, están aumentando aunque la dificultad estriba en determinar si esa tendencia es resultado de un aumento del problema de las drogas o de una mayor actividad de fiscalización (...) En los últimos cinco años han descendido los índices de homicidios en la mayoría de los países, y ha habido un descenso notable en algunas zonas de Europa, América del Sur y Asia oriental, sudoriental y meridional. Con todo, algunos países, sobre todo los vinculados al comercio de drogas ilícitas, están experimentando un aumento en los casos de homicidio” (ONU, 2010: 1).

del consumo de sustancias en las personas que se encuentran en prisión.¹⁵⁶ De acuerdo con Bravo (2002) este tipo de afirmaciones sólo destacan el uso de términos alarmistas y la manipulación argumental como herramientas para imponer una ideología, un discurso con graves implicaciones sociales y penales que favorecen la estigmatización y criminalización de este fenómeno y de la figura del farmacodependiente.

En esta misma línea, Escudero (2001) explica que lo que en realidad hacen este tipo de asociaciones es encubrir un juego de intereses políticos que utilizan a determinadas sustancias psicoactivas –sobre todo aquéllas de tipo ilícito- como chivo expiatorio de las verdaderas causas de la delincuencia. Afirmación con la cual coincide Escohotado (1998).

Una de las objeciones que se le hacen a esta hipótesis es que si bien es cierto que frecuentemente se ha considerado el consumo de sustancias psicoactivas como factor desencadenante de conductas delictivas, esta premisa resulta falsa pues la mayor parte de consumidores de sustancias no cometen delitos (Portero y De Francisco, 2000). Además de que se basa en estudios estadísticos en poblaciones específicas, por lo que carece de estudios metodológicamente adecuados que se puedan aplicar en otras poblaciones para obtener apoyo empírico (Otero, 1997).

Elzo (1997) explica que tras la revisión de la literatura científica que hasta ese momento era la más actual –comparada con la literatura no científica, así como

¹⁵⁶ En octubre de 2010, la Secretaría de Salud reconoció que en el sistema penitenciario del país, el 80% de las personas era adicta a alguna droga ilegal, así como al alcohol (Vanguardia, <http://www.vanguardia.com.mx/80depresosenmexicosonadictosadrogas-576252.html>). En octubre de 2011, Milenio expresaba que “en las cárceles mexicanas se encuentran alrededor de 220 mil personas privadas de su libertad y de las cuales alrededor del 80 por ciento está acusada por cometer delitos patrimoniales, es decir, robos con montos menores a 2 mil pesos, como consecuencia de padecer alguna adicción, aseguró Gerardo García Silva, director del Instituto Mexicano de Juicio Oral” (Valadez, 2011).

con las representaciones sociales, más acordes con esta última- se ha comprobado que hay discrepancias entre ambos tipos de literaturas:

Mientras para la percepción social y la literatura no científica la relación entre delincuencia y drogas es muy grande, hasta el punto de que para muchos vendría prácticamente a superponerse, especialmente en los delitos contra la propiedad, la literatura científica es mucho más cauta (Elzo, 2001: 80).

Asimismo, se debe mencionar que frecuentemente se asocia la violencia¹⁵⁷ al fenómeno del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas y la farmacodependencia. Si bien la naturaleza del vínculo tampoco se ha comprendido cabalmente, se sabe que intervienen las características farmacológicas de las sustancias que facilitan o inhiben la conducta violenta, así como las variaciones de cada sujeto y el control de conductas en el medio social. Esta relación puede darse en dos sentidos, por una parte, el hecho de que el usuario de sustancias esté bajo los efectos de éstas lo hacen más vulnerable frente a la violencia de otros, al mismo tiempo que la violencia puede ser seguida por experiencias de abuso en el consumo (Medina *et al*, 2001a):

El abuso de alcohol es común entre maltratadores, en episodios de violencia a menudo el maltratador actúa bajo los efectos del alcohol, cuando la víctima se halla bajo los efectos del alcohol, generalmente el maltratador también lo está, es decir, son raros los casos en que solo la víctima se halla bajo los efectos del alcohol, las mujeres que beben en exceso se hallan en mayor riesgo de sufrir maltrato por parte de sus compañeros que las que no lo hacen, sobre todo cuando ellos también beben y la intensidad de la violencia puede aumentar cuando el maltratador ha consumido alcohol (Finney en Gasteiz, 2007: 13).

¹⁵⁷ De acuerdo con Del Olmo (1997: 184) “el término violencia en sí mismo es un concepto político que se emplea para referirse a un conjunto de hechos y situaciones tan heterogéneo que parecieran no tener conexión entre sí. Predomina la tendencia a formular tantas definiciones de violencia como sus manifestaciones posibles con lo cual todo es producto de la violencia y nada lo es, nadie tiene la culpa y todos la tienen (...) Ante esta situación, pareciera analógicamente más conveniente plantear la existencia de violencias y no hablar de la violencia”.

Goldstein¹⁵⁸ (1985) reconoce tres modalidades a través de las cuales puede relacionarse la violencia con el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas y la farmacodependencia (modelo tripartito), los cuales equivalen a los tres tipos de efectos expuestos anteriormente o a las diferentes clases de delincuencia ya mencionadas (funcional, inducida y relacional):

1. La violencia sistémica, que se da en el contexto de la operación del mercado de la droga y proviene de implicarse en una actividad esencialmente ilegal. Goldstein (1985) considera solamente los delitos violentos que se cometen en el marco de las operaciones de venta de drogas. La mayor parte de los delitos cometidos por farmacodependientes se relaciona, sin embargo, con la venta misma de droga, que es un delito no violento y, por lo tanto, ignorado por Goldstein (Elzo, 1997):

La violencia sistémica está estrechamente relacionada con las batallas para obtener un “territorio” en los mercados de drogas ilícitas (ONU, 2004: 4).

Los efectos de las drogas ilícitas, la delincuencia y la violencia son sumamente perjudiciales para las comunidades locales a nivel microsocial, ya que los miembros de esas comunidades tienen que vivir en medio de mercados de drogas ilícitas donde siempre están presentes la delincuencia y la violencia, y la amenaza de la delincuencia y la violencia (ONU, 2004: 1).

Al respecto, Souza y Machorro (2007: 76) explica que “quienes trafican con psicotrópicos son más proclives a cometer delitos violentos y más a menudo portan armas de fuego que incrementan el potencial delictivo y violento”.

2. La violencia psicofarmacológica. De acuerdo con Goldstein (1985), el efecto psicofarmacológico de las sustancias puede ser directo –como en el caso del alcohol y los estimulantes cuya conexión con el comportamiento agresivo está

¹⁵⁸ La traducción de este texto fue realizada por la que suscribe.

mejor demostrada- pero también indirecto, cuando opera a través del “síndrome de abstinencia”, que puede desarrollar alguna disposición hacia la violencia.¹⁵⁹

3. El modelo económico compulsivo. Establece que las dificultades de financiar el consumo de sustancias –las cuales debido a su condición de ilegalidad son caras- conducen al delito, cualquiera sea su nivel de violencia, especialmente entre usuarios con un consumo problemático que necesitan dosis mayores y más frecuentes (Goldstein, 1985).¹⁶⁰

4.2.2. La delincuencia deriva en problemas de farmacodependencia

La segunda hipótesis afirma que la delincuencia causa el consumo de sustancias psicoactivas, pues es precisamente el involucrarse en la delincuencia “lo que le proporciona al sujeto el contexto, el grupo de referencia y las definiciones de la situación que le conducirán a su posterior involucración en el consumo” (Otero, 1997: 27). A esto se le conoce como “delincuencia asociada”,¹⁶¹ pues es la que se presenta en personas con síndrome de dependencia o con un consumo perjudicial que tienen antecedentes penales, y a pesar de no hay una relación directa de causalidad, se considera que este consumo puede reforzar la desadaptación social (Portero y De Francisco, 2000).

Medina *et al* (2001a) indican que el riesgo de usar sustancias es mayor entre los individuos que han cometido actos antisociales. Es así que el consumo de sustancias psicoactivas “sería una fase avanzada dentro del historial delictivo de

¹⁵⁹ “Los estudios han revelado en general que la violencia psicofarmacológica, incluido el homicidio, está asociada casi siempre al uso indebido de alcohol” (ONU, 2004: 3).

¹⁶⁰ “Por otro lado, la violencia económico-compulsiva relacionada con las drogas no es común, pero los delitos económico-compulsivos para adquirir drogas son frecuentes” (ONU, 2004: 4).

¹⁶¹ “Es la delincuencia derivada de la situación de marginalidad e ilegalidad, motivada tanto por la desagregación social que se produce ante las cada vez mayores dificultades para conseguir el producto cuyo consumo se anhela, como por la necesidad de asociarse al mundo de la delincuencia, único que puede proporcionárselo” (Portero y De Francisco, 2000: 115).

los sujetos inmersos en subculturas desviadas” (Otero, 1997: 27). Esta hipótesis, a diferencia de la primera, no sugiere relaciones específicas entre el consumo de drogas y la realización de actos delictivos concretos.

Al igual que con la hipótesis anterior no hay datos que la avalen al cien por ciento, pues esto es aplicable sólo a un cierto sector de población que presenta problemas en su consumo de sustancias, población que tenía antecedentes penales con anterioridad al consumo indebido de sustancias. Además, la falta de estudios longitudinales iniciados en poblaciones que no presentan ninguna de las dos variables, pero que son consideradas como “de riesgo”, hace poco consistente esta hipótesis (Madoz *et al*, 2001):

Esta teoría es igualmente rebatible. Hay delincuentes, fundamentalmente los que han comenzado su carrera delictiva con posterioridad a la adolescencia que son delincuentes y no drogadictos. También hay individuos que después de un tratamiento de drogas superan éstas y sin embargo continúan en el mundo delictivo haciendo de la delincuencia su forma de vida y a la vez alejados de la droga (García Jiménez, 2001: 145).

4.2.3. Niega la causalidad entre ambas variables

Una última hipótesis niega la causalidad mutua entre consumo perjudicial de sustancias psicoactivas o la farmacodependencia y delincuencia, por lo que afirma que no existe una relación causal entre ambas conductas, sino sólo una de tipo engañoso, pues ambas conductas son el resultado de factores comunes; de manera que los sujetos expuestos a éstos pueden desarrollar tales conductas indistinta o conjuntamente (Otero, 1997).

Entre los factores comunes existentes en estas conductas, la tercera hipótesis postula la existencia de rasgos de personalidad, un marcado ambiente social y familiar de tipo marginal en el que se da la asociación con pares delincuentes, la falta de cohesión familiar, el consumo de sustancias psicoactivas por parte de hermanos y/o padres, la conflictividad familiar, la criminalidad y disponibilidad de

drogas en el entorno del sujeto, lo cual facilitaría el consumo de este tipo de sustancias, así como la realización de conductas delictivas (Madoz *et al*, 2001). Otero (1997) expone que las determinantes comunes a ambos fenómenos serían la ausencia de uno o ambos padres, proceder de una familia con un gran número de hijos y el haber sido de los últimos hijos en nacer.

Una vez expuestas estas hipótesis es posible indicar que no se puede negar que si bien existen las tres posturas referidas, ninguna de éstas es verdad absoluta, pues todas tienen concepciones discutibles. Por tanto, antes de plantear cualquier tipo de correlación directa entre el consumo perjudicial de sustancias psicoactivas o la farmacodependencia y la delincuencia, se deben tener en cuenta los factores socio-culturales asociados y comprender que cada situación posee particularidades, como el tipo de sustancia, el patrón de consumo, la historia delictiva, el tipo de delito y su frecuencia (Droppelmann y Graf, 2010).

Para concluir este capítulo, es posible mencionar que a pesar de que las sustancias psicoactivas han sido parte de la cultura, de la religión y de la vida cotidiana de diferentes sociedades, a partir del siglo XX¹⁶² se les han atribuido representaciones sociales que asocian este fenómeno con el crimen y la enfermedad, representándosele como el “problema de las drogas”. Ocasionando que en la actualidad se considere que:

El problema mundial de las drogas sigue poniendo en grave peligro la salud y la seguridad pública y el bienestar de la humanidad, en particular de los niños y los jóvenes, y amenazando la seguridad nacional y la soberanía de los Estados, y socavaba la estabilidad socioeconómica y política, así como el desarrollo sostenible (ONU, 2012: prefacio).

¹⁶²Con el surgimiento de instrumentos legales y convenciones internacionales destinados a controlar y eliminar la producción, la distribución, el tráfico y el consumo de sustancias específicas y debido a transformaciones políticas, sociales y económicas a nivel mundial.

CAPÍTULO V. Políticas públicas instrumentadas para atender el fenómeno de la farmacodependencia en México, durante el periodo 2006-2012

Introducción

Este último capítulo se analizarán las políticas públicas establecidas por la presente administración en torno al tema de la farmacodependencia. Quedará dividido en tres partes, en la primera se expondrá el contexto sociopolítico que se vivía en nuestro país al inicio de la administración del Lic. Felipe Calderón, seguido de las acciones propuestas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, para resolver la problemática de la farmacodependencia desde el ámbito del *control de la oferta*¹⁶³ de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, como desde el de la *reducción de la demanda*¹⁶⁴ de las mismas. Además, se explicarán los programas planteados por distintas Secretarías en estos dos ámbitos.

En una segunda parte, se describirá el marco jurídico sobre el cual se fundamentan dichas políticas, a nivel internacional y nacional. En la última parte se realizará la exposición de las instituciones que a nivel nacional se han encargado de la puesta en marcha de acciones que buscan reducir la demanda de sustancias psicoactivas, así como la función que cumplen los “Centros 24 horas” ante la

¹⁶³ Se refiere a las tareas de represión llevadas a cabo por el Estado para tratar de reducir la disponibilidad de sustancias psicoactivas ilícitas y de lucha contra el tráfico ilegal de tales sustancias y delitos conexos, así como el castigo de los responsables de estos ilícitos a nivel nacional y multinacional (SSA, 1998).

¹⁶⁴ Ésta última hace referencia a las intervenciones que pretenden “por una parte, evitar los consumos de drogas a través de la prevención y la concienciación social, y por otra, agotar la demanda a través de la rehabilitación y reinserción social de las personas en situación de drogodependencia. Ambos planteamientos tienen como objetivo último que las personas dejen de demandar sustancias psicoactivas” (Fernández y Fernández, 2009: 47- 48). Sus propósitos “se ubican en el amplio margen secuencial de abarcar todos los aspectos de la prevención (...) y buscan incorporar servicios de información, educación, sensibilización pública, pronta intervención, asesoramiento, tratamiento, rehabilitación, prevención de recaídas, postratamiento y reinserción social, y brindar pronta ayuda y accesos a los servicios de quienes lo soliciten” (Souza y Machorro, 2007: 208).

incapacidad del gobierno mexicano en la atención del fenómeno de la farmacodependencia.

5.1. Contexto sociopolítico de México

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), en el Prefacio de su Informe Mundial sobre las drogas correspondiente al año 2006 indicaba que, a pesar de la exasperación que generaban los problemas asociados a las drogas (delincuencia, enfermedades, violencia y muerte),¹⁶⁵ las estadísticas de todo el mundo mostraban que la fiscalización de las drogas estaba dando resultados y se estaba conteniendo el problema mundial de las drogas:

Podemos formular dos afirmaciones con plena confianza: 1) La superficie dedicada actualmente al cultivo de coca y de adormidera es inferior a la de hace pocos años, y bastante inferior a la de hace un siglo; 2) Se ha contenido la gravedad de la adicción a las drogas. El número de toxicómanos, en especial de cocainómanos y heroínómanos, ha registrado una enorme disminución en el curso del último siglo y, en los últimos años, ha permanecido estable en todo el mundo (ONUDD, 2006, prefacio).

El sistema multilateral de fiscalización de drogas ha conseguido contener el problema al 5% de la población mundial (de 15 a 64 años de edad). Es un logro que no debe subestimarse y brinda una perspectiva válida para poder analizar las novedades más recientes (ONNUD, 2006: 10).

Por lo que, en realidad, el consumo de sustancias psicoactivas de tipo lícito, específicamente tabaco era el que debía generar preocupación, pues esta sustancia era consumida por un 28% de la población adulta mundial, lo que superaba con mucho el número de personas que consumían sustancias

¹⁶⁵ “Los padres con alarma dice con alarma hay drogas por todas partes, los medios de comunicación proclaman que el problema de las drogas está descontrolado, y algunos conferencistas afirman que hay que legalizar las drogas para reducir la delincuencia” (ONUDD, 2006: prefacio).

psicoactivas de tipo ilícito (un 4 %, cannabis; y un 1%, ETA Estimulantes de tipo anfetamínico, cocaína y opiáceos combinados) (ONNUD, 2006).

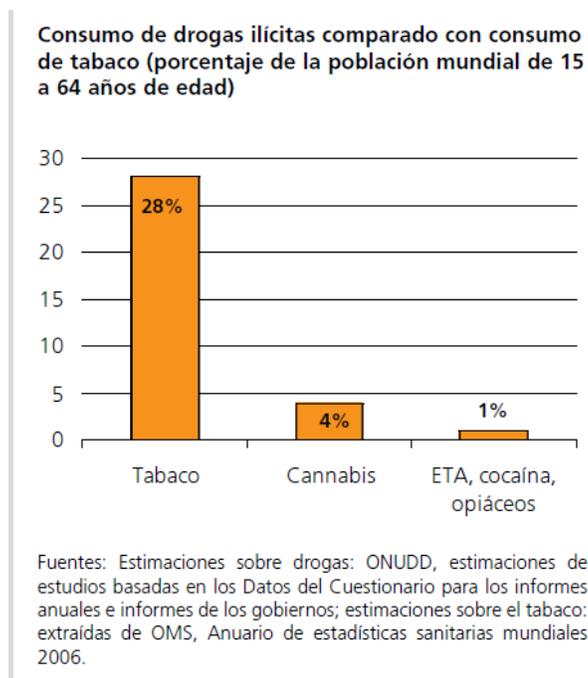


Figura 10. Consumo de drogas ilícitas en la población mundial de 16 a 64 años de edad comparado con consumo de tabaco.
FUENTE: Informe Mundial sobre las drogas 2006 (ONUDD, 2006:10).

En cuanto a los datos referentes a nuestro país en el tema del control de la oferta de sustancias psicoactivas ilícitas, correspondientes al periodo en que inició la actual administración, según este informe mundial, el Gobierno de México no proporcionó datos a la Oficina Naciones Unidas contra la Droga y el Delito en el momento de producir dicho informe sobre cultivos de sustancias fiscalizadas, pero la ONUDD estimó que, en 2005, 3.300 hectáreas fueron dedicadas al cultivo de la adormidera¹⁶⁶ en México, lo que equivalió a una disminución del 32% desde 2003” (ONUDD, 2006: 12). Sin embargo, los datos sobre el uso de metanfetaminas mostraban una tendencia ascendente.

¹⁶⁶ También conocida como planta del opio.

La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas,¹⁶⁷ en el documento de Evaluación del Progreso de Control de Drogas 2005–2006, observó la disminución de cultivos de mariguana y el aumento en el año 2005 de cultivos de amapola, y alentó a México a continuar con los programas de erradicación de estos cultivos.¹⁶⁸ Asimismo, observó con preocupación la evidencia de la fabricación de fentanil, droga que tiene una potencia muy superior a la heroína y alentó al país a continuar fortaleciendo las acciones interdictivas para la detección y desmantelamiento de este tipo de laboratorios clandestinos (CICAD, 2006).

En el aspecto del contrabando de armas, la CICAD (2006) estableció que según lo que informaba en ese momento el gobierno mexicano:

No se ha detectado tráfico de armas, municiones, explosivos u otros materiales relacionados con el narcotráfico. Lo que el país declara haber detectado es la posesión ilícita de estos materiales (...) En lo que respecta al decomiso de explosivos y materiales relacionados, México informa que no existen eventos relacionados con explosivos y municiones vinculados al narcotráfico, no obstante informa que el CENAPI se encuentra en proceso de integrar los sistemas de información que controlarán la cantidad de explosivos asegurados (CICAD, 2006: 33).

¹⁶⁷Fue establecida por la Asamblea General de la Organización de Estados Americanos (OEA) en 1986.

¹⁶⁸ En el periodo 2004–2006, el comportamiento del área cultivada y producción de marihuana descendió. Mientras que el área cultivada de amapola registró un incremento importante en el año 2005 de 6,755 hectáreas, el rendimiento de goma de opio se mantuvo constante. Así, en el año 2005, la producción de heroína registró un potencial de producción de 29 toneladas (CICAD, 2006:16).

Cantidades de armas de fuego y municiones decomisadas en casos de posesión ilícita, 2004–2006

Año	Armas de Fuego Decomisadas	Municiones Decomisadas
2004	5,577	466,543
2005	5,115	299,498
2006	4,211	402,586

Tabla 11. Cantidades de armas de fuego y municiones decomisadas en casos de posesión ilícita.

FUENTE: Tomado de Evaluación del progreso de control de drogas 2005–2006 (CICAD, 2006: 33).

Según la Encuesta Nacional de Adicciones 2002, en la cual se basó el diseño de las estrategias contenidas en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, “del total de la población del país entre los 12 y 65 años de edad, el 5.03% ha consumido drogas alguna vez en su vida, lo que equivale a más de tres y medio millones de personas” (Presidencia de la República, 2007: 46). Sin embargo, esto significaba que el 94.7 de la población analizada no había consumido drogas alguna vez en su vida.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Juventud 2005 (IMJ, 2006)¹⁶⁹ exponía que el principal problema que como grupo etario enfrentaban los jóvenes –según su percepción- eran las drogas y el alcohol (70.8%) con una mayor prevalencia en los hombres. En mucho menor medida (28.3%) la falta de trabajo –que ocupa el segundo lugar-.¹⁷⁰ Muy por debajo de estos dos se encuentran situaciones como los problemas del país en general (17.5%), la violencia (15.7%) y las oportunidades para estudiar (14.5%).

¹⁶⁹ Que en ese momento era la última.

¹⁷⁰ Según la Encuesta Nacional de Empleo 2004 (INEGI), en la adolescencia y la juventud se registran las tasas de desempleo abierto más elevadas, con un 5.4%. Alrededor del 53% de los jóvenes labora en el sector informal de la economía o en actividades ligadas al sector servicios.

Expectativas	Hombres	Mujeres	Total
Problemas de dinero	12.1	15.3	13.8
La falta de trabajo	31.3	25.4	28.3
Las drogas y el alcohol	74.4	67.4	70.8
Las oportunidades para estudiar	14.0	14.9	14.5
Falta de valores y creencias	5.3	8.8	7.1
Relaciones familiares y de pareja	11.1	16.0	13.6
Violencia	16.1	15.4	15.7
No tener información para tomar decisiones	0.6	1.4	1.0
Problemas del país	18.7	16.3	17.5
Soledad, tristeza	6.4	6.9	6.7
Salud	3.6	4.5	4.0

Tabla 12. Problemas que enfrentan los jóvenes en México, 2005.
FUENTE: Tomado de Encuesta Nacional de Juventud 2005. Disponible en http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/292.pdf

La Encuesta Nacional sobre Inseguridad Urbana publicada en 2006 (ICESI, 2006) reportó que, en promedio, uno de cada cuatro habitantes de las ciudades había sido víctima de por lo menos algún delito durante su vida, el robo a transeúnte representaba más de la mitad del total de la delincuencia. En este sentido, la percepción de la ciudadanía mostraba que más del 50% de la población encuestada considera que la criminalidad –vinculada con el consumo de alguna sustancia psicoactiva- había afectado su calidad de vida.

Por su parte, la Procuraduría General de la República (PGR) y el Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia (CENAPI), indicaban en el documento titulado “Memoria Sexenal 2001-2006 del Programa Nacional para el Control de Drogas” que:

En los últimos años, el consumo de drogas en México, además de representar un problema de salud pública se ha convertido en uno de los principales detonadores de conductas delictivas en amplios grupos

poblacionales del país, lo cual significa un impacto considerable en cuanto a costos para el sistema judicial, penitenciario, sanitario y educativo nacionales. En un lapso de diez años, nuestro país se convirtió en un país de consumo creciente de drogas, lo cual significa enfrentar un problema más complejo al que significaba ser un país de tráfico y productor de enervantes. En la actualidad, las organizaciones del narcotráfico orientan sus acciones a robustecer los mercados locales de consumo que se han ido creando paulatinamente a efecto de absorber la droga que permanece en territorio nacional, como parte de las nuevas formas de comercialización por parte de la delincuencia organizada (PGR, 2006: 5).

Para 2008, los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones manifestaban un aumento en el número de consumidores de sustancias psicoactivas, tanto a nivel experimental como aquellos que manifiestan problemas de dependencia, así como en el uso de drogas ilegales entre las mujeres adolescentes y jóvenes, y en la prevalencia en el consumo de cocaína, droga tradicionalmente asociada con grupos reducidos de la población, pero cuyo consumo se había extendido a diversos sectores como los jóvenes y las personas de menos recursos, esto sin olvidar que había crecido en un 50% el consumo de marihuana y había disminuido la edad de inicio del consumo.

5.2. Políticas públicas 2006-2012

Ante lo que representaba el fenómeno de la farmacodependencia y los problemas asociados a las drogas, sobre todo de tipo ilícito, el gobierno del Lic. Felipe Calderón estableció la “estrategia integral de seguridad”, que contemplaba acciones en materia de seguridad pública, seguridad nacional y salud pública.¹⁷¹ Se declaró que con dicha estrategia se esperaba, no sólo enfrentar firmemente al crimen organizado y al narcotráfico, sino lograr contener el aumento en la

¹⁷¹ Dicha estrategia consistía en “combatir y debilitar a los criminales; fortalecer las instituciones de seguridad y justicia; y, lo más importante, reconstruir el tejido social a través de más oportunidades de educación, mayores sitios de esparcimiento, cultura, trabajo y salud para los mexicanos”¹⁷¹ (Calderón, 2012).

prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y retrasar las edades de inicio. (Supuestamente) para el 2012, se habría “alcanzado un balance razonable en la asignación de recursos entre las acciones para el combate a la oferta y para la reducción de la demanda de drogas (SSA, 2007a: 34).

En el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se planteaba que el número de “adictos” a alguna droga o al alcohol en el país se había incrementado dramáticamente en los últimos años. Asimismo, el “Programa de Acción Específico. Prevención y Tratamiento de las Adicciones 2007-2012”, desarrollado por la Secretaría de Salud Federal en conjunto con el Consejo Nacional contra las Adicciones, señalaba que el uso, abuso y dependencia de sustancias psicoactivas se reconocía actualmente como un problema de salud pública debido a que ocasiona pérdidas incalculables en forma de años de vida saludable y sobreutilización de servicios de salud, y que además ocasionaba elevados costes sociales, pues era la causa de baja productividad, ausentismo laboral y deserción escolar.

Además, en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 se establecía que los resultados de las encuestas nacionales sobre adicciones podrían estar subestimando la magnitud de la población que se ha visto afectada por este fenómeno, al no considerar “las acciones de los narcotraficantes en colonias, parques y escuelas para inducir a más niños, jóvenes y adultos al consumo de las drogas (Presidencia de la República, 2007: 46). Además, que dichas acciones de los narcotraficantes podrían poner en riesgo la seguridad nacional.

Tal era el caso de los flujos migratorios indocumentados, mismos que habían propiciado que las zonas fronterizas se convirtieran en “un escenario de transgresiones a la ley, y en un amplio campo de acción para el crimen organizado nacional e internacional (...) Durante el año 2006 se aseguraron a más de 182 mil extranjeros sin documentación en todo el país, (...) A los problemas de traficantes de personas, en la frontera norte se agregan con intensidad las organizaciones

criminales del narcotráfico y el contrabando de armas” (Presidencia de la República, 2007: 68).

Por tal motivo, la administración del Lic. Felipe Calderón consideró que en los últimos años, las actividades vinculadas a la producción, distribución y consumo de sustancias psicoactivas ilícitas, se habían convertido en una amenaza no sólo para la salud colectiva, sino también para la seguridad pública y nacional,¹⁷² pues los cárteles del narcotráfico, “una de las manifestaciones más violentas de la delincuencia organizada” (Presidencia de la República, 2007: 58), habían dejado de visualizar a México como un país de tránsito, buscando transformarlo en un país consumidor. De esta manera era necesario:

Fortalecer la política integral para contribuir con ello a reforzar los esfuerzos que se aplican actualmente en la lucha contra la delincuencia y la inseguridad, lo cual sólo será posible a través de una verdadera rectoría de las acciones mediante un enfoque colaborativo y corresponsable entre las instituciones públicas, los diversos sectores involucrados y la misma sociedad, en un contexto macro de cooperación internacional (SSA, 2011: 13).

Al considerar que no sólo la producción, el tráfico y comercialización de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, sino que el consumo de tales sustancias representaban una amenaza¹⁷³ tanto para la seguridad nacional como para la salud pública, se decidió plantear acciones que permitirían actuar principalmente en dos vertientes

¹⁷² “En el caso de las drogas ilegales, tanto los países productores como los de tránsito se han ido convirtiendo también en consumidores, produciendo un daño cada vez mayor tanto a la salud, como a la armonía social y a la gobernabilidad” (SSA, 2007a: 7).

¹⁷³ De acuerdo con el Lic. Felipe Calderón Hinojosa “el narcotráfico es una de las manifestaciones más lesivas de la delincuencia organizada, no sólo por los altos niveles de violencia que implica, sino también por la amenaza que representa a la salud física, emocional y moral de un importante número de mexicanos (...) El número de adictos a alguna droga o al alcohol en el país se ha incrementado dramáticamente en los últimos años. Nadie duda del gran daño y deterioro social que genera no sólo el tráfico, sino también el consumo de drogas en México (...) Ante ello, el Estado mexicano no puede ni debe renunciar a combatir este problema con todos los recursos a su alcance” (Presidencia de la República, 2007: 46).

definidas en los Ejes de acción¹⁷⁴ del Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012: **I. Estado de Derecho y seguridad** y **III. Igualdad de Oportunidades**. Con lo cual se podría “hacer frente de manera firme y decidida al fenómeno de las adicciones” (SSA, 2011).

5.2.1. Eje de Estado de Derecho y seguridad

Pretendía el control de la oferta de sustancias psicoactivas a través de las fuerzas de seguridad y con la persecución del delito, a partir de acciones en tres sectores: Estado de Derecho, Seguridad Pública y Seguridad Nacional.

En el campo de “Estado de Derecho”, se planteó una sola línea de acción, la 1.4 referida al Crimen Organizado, en la cual se expresó que “como manifestación de la delincuencia organizada, el narcotráfico desafía al Estado y se convierte en una fuerte amenaza para la seguridad nacional”¹⁷⁵ (Presidencia de la República, 2007: 58). Por lo tanto, se señaló que era imprescindible “recuperar la fortaleza del Estado y la seguridad en la convivencia social mediante el combate frontal y eficaz al narcotráfico y otras expresiones del crimen organizado” (Presidencia de la República, 2007: 59). A través de dos estrategias:

Estrategia 8.1 Aplicar la fuerza del Estado, en el marco de la ley, para recuperar los espacios que han sido secuestrados por las bandas de narcotraficantes y otras organizaciones delictivas.¹⁷⁶

¹⁷⁴ Los cinco Ejes de acción del PND son: I. Estado de Derecho y seguridad, II. Economía competitiva y generadora de empleos, III. Igualdad de oportunidades, IV. Sustentabilidad ambiental y V. Democracia efectiva y política exterior responsable.

¹⁷⁵ Debido a que “genera inseguridad y violencia, degrada el tejido social, lastima la integridad de las personas y pone en riesgo la salud física y mental del activo más valioso que tiene México: los niños y los jóvenes” (Presidencia de la República, 2007: 58).

¹⁷⁶ “El Gobierno está determinado a reducir los espacios en que se mueven los criminales, localizar y posteriormente eliminar los plantíos de enervantes e interceptar cargamentos de droga por tierra, mar y aire. Se destinarán los recursos necesarios para modernizar la Fuerza Aérea Mexicana y la Fuerza Aeronaval de la Armada de México, en particular para poner a su alcance los avances de la

Estrategia 8.2 Implementar una política integral que coordine esfuerzos y recursos de los tres órdenes de gobierno para el combate al narcomenudeo.¹⁷⁷

En el apartado de “*Seguridad Nacional*” se manifestó que:

Una obligación a la cual no podía renunciar el Estado mexicano era la salvaguarda de la integridad del territorio, así como la preservación de la soberanía de la nación, tarea en la cual las Fuerzas Armadas tenían un papel de vital importancia y además contaban con un alto grado de credibilidad y confianza, lo cual se reflejaba en el respaldo ciudadano a su intervención en la lucha contra el narcotráfico. Casi el 90% de la población está de acuerdo en que el ejército tome parte en esta batalla (Presidencia de la República, 2007: 67).

Y, debido a que “recientemente había aumentado la violencia relacionada con el narcotráfico” se requería que el Estado “empleara a las Fuerzas Armadas como uno de los recursos más valiosos con los que contaba para combatirlo” (Presidencia de la República, 2007: 67) Al respecto se especificaba que “estas instituciones deben responder, dentro del marco de sus facultades, a su compromiso como garantes de la seguridad nacional, defensa del territorio y, en materia de combate al narcotráfico, con pleno apego a los derechos humanos” (Presidencia de la República, 2007: 67).

Como problemas destacados en este campo se mencionaban los flujos migratorios indocumentados en los estados fronterizos; regiones en las cuales

tecnología, de la información y de la digitalización. Mediante ésta y otras medidas se buscará apoyar la labor de las Fuerzas Armadas en sus labores como garantes de la seguridad interior del país, y específicamente en el combate al crimen organizado” (Presidencia de la República, 2007: 59).

¹⁷⁷ “Cada delincuente que se captura, cada sembradío que se erradica, cada red de narcomenudeo que se desintegra es una posibilidad más de desarrollo para los jóvenes de México. Se implementarán operativos permanentes en coordinación con los tres órdenes de gobierno, para asegurar a distribuidores de droga al menudeo, así como un sistema de inteligencia para combatir la existencia de centros de distribución de drogas y laboratorios clandestinos” (Presidencia de la República, 2007: 59).

existe “la presencia de pandillas delictivas juveniles y cárteles del narcotráfico que, aprovechando la extensión y porosidad de la frontera, generan violencia e inseguridad” (Presidencia de la República, 2007: 68). A lo anterior debía sumarse el contrabando de armas. Por tal motivo, se planteaba el objetivo 13: “Garantizar la seguridad nacional y preservar la integridad física y el patrimonio de los mexicanos por encima de cualquier otro interés” (Presidencia de la República, 2007: 69).

Lo anterior se lograría a través de la **Estrategia 13.1** Fortalecer las capacidades de las Fuerzas Armadas mediante la actualización, el adiestramiento y la modernización de su equipamiento a fin de garantizar el resguardo efectivo del territorio y mares nacionales, las fronteras terrestres y marítimas, los recursos naturales, el espacio aéreo y las instalaciones estratégicas.¹⁷⁸ Además, se propuso el objetivo 15: “Fortalecer la cooperación internacional para contribuir a los esfuerzos nacionales en materia de seguridad y defensa de la soberanía” (Presidencia de la República, 2007: 70). Relacionado con el tema que nos ocupa, se propusieron dos estrategias:

Estrategia 15.1 Promover la cooperación internacional para hacer frente a la delincuencia organizada, con pleno respeto a la soberanía, la integridad territorial y la igualdad jurídica de los estados.¹⁷⁹

Estrategia 15.2 Promover esfuerzos de colaboración e intercambio de información para combatir al tráfico y consumo de drogas con los países que tienen una alta demanda de estupefacientes.¹⁸⁰

¹⁷⁸“Como ya se ha hecho desde el principio de este gobierno, se brindará apoyo a las Fuerzas Armadas para disminuir cualquier rezago salarial, de equipamiento, tecnológico y de capacitación que pudiera minar su capacidad de respuesta en el cumplimiento de sus misiones. La solvencia económica del crimen organizado le permite acceder al mercado negro de armas y a la compra de información, entre otras cosas. Hoy la tarea es impedir que las Fuerzas del Estado sean rebasadas en este aspecto” (Presidencia de la República, 2007: 69).

¹⁷⁹ “La seguridad de las naciones es vulnerada por el constante tráfico de armas, drogas y personas, así como por quienes expresan mediante la violencia sus desacuerdos ideológicos. Siendo la seguridad un valor que debe ser procurado sin descanso, el Estado mexicano privilegiará la colaboración con otras naciones en esta materia” (Presidencia de la República, 2007: 70).

En el apartado de “*Seguridad Pública*”, se expresaba que:

El primer deber del Estado, e incluso la justificación misma que el Estado tiene para reservarse el monopolio de la fuerza, es salvaguardar la seguridad y la integridad de los ciudadanos. La ley y las instituciones no pueden quedar rebasadas por el fenómeno delictivo. Es deber del Gobierno Federal actuar eficazmente y sin titubeos para brindar la seguridad que demandan los mexicanos. Durante muchos años, la falta de seguridad ha minado, hasta un punto verdaderamente preocupante, la calidad de vida de los mexicanos y la capacidad de desarrollo del país (Presidencia de la República, 2007: 73).

Por lo tanto, se estableció como línea de acción la 1.11 “Prevención del delito”, en la cual se consideraba que la política preventiva era parte sustancial del combate contra el crimen, siendo necesario:

Dar impulso a programas y acciones integrales a nivel nacional, regional, estatal, municipal y delegacional, a fin de evitar que haya más mexicanos que se conviertan en delincuentes, que sufran violación a su integridad y su patrimonio o que queden atrapados por el consumo de drogas” (Presidencia de la República, 2007: 74).

Cuyo objetivo 16 era “fomentar un mayor nivel de desarrollo y mejores condiciones de vida que prevengan conductas delictivas en las comunidades y espacios urbanos, y que garanticen a toda la población el goce de sus derechos y

¹⁸⁰“Por mucho tiempo, la lucha internacional contra el narcotráfico ha privilegiado la represión de su producción y transporte, con un enfoque dirigido principalmente a los países donde se producen las drogas. La creciente vitalidad de las organizaciones internacionales de narcotraficantes y su arrojo para enfrentar incluso al poder de los Estados ponen en evidencia que la estrategia ha sido insuficiente. Hace falta intensificar el combate contra el tráfico y consumo de drogas en los países que tienen más demanda. La ubicación fronteriza de México con el mercado más grande de drogas ilícitas del mundo incrementa el valor estratégico del territorio para el crimen organizado. Al tiempo que México reitera su compromiso de seguir cumpliendo la parte que le corresponde, impulsará el fortalecimiento al combate del tráfico de estupefacientes mediante la participación responsable de los países involucrados en toda la cadena, desde la producción hasta el consumo. El intercambio de información será parte esencial de este esquema de cooperación” (Presidencia de la República, 2007: 71).

libertades” (Presidencia de la República, 2007: 74). Por lo que se proponían tres estrategias:

Estrategia 16.1 Fortalecer la cultura de legalidad y el combate al narcotráfico y al narcomenudeo a través del fortalecimiento del tejido social.¹⁸¹

Estrategia 16.2 Establecer mecanismos de coordinación con la sociedad civil para rescatar los espacios públicos y garantizar que sean espacios para los ciudadanos.¹⁸²

Estrategia 16.3 Reforzar la seguridad y la cultura de prevención en las escuelas, con la participación de maestros, padres de familia y la comunidad, a fin de lograr escuelas seguras sin la amenaza de las drogas, priorizando las escuelas ubicadas en las zonas de mayor índice delictivo.¹⁸³

¹⁸¹“Es necesaria la participación de la sociedad en su conjunto, para defender la integridad familiar amenazada por el crimen y las adicciones. En materia de adicciones, se intensificarán las acciones en el sistema educativo para generar conciencia mediante el conocimiento de los efectos perniciosos de las drogas en la salud física y mental de quienes las consumen. Se emprenderán también campañas de difusión para la población en general en el mismo sentido. Se mejorarán las oportunidades de rehabilitación para quienes deciden alejarse de las adicciones, y se brindará información oportuna a las familias y comunidades para que sepan cómo ayudar a un adicto a superar su condición” (Presidencia de la República, 2007:75).

¹⁸²“Se redoblarán esfuerzos para la detección anticipada de grupos proclives al delito y se llevarán a cabo programas educativos y medidas de prevención entre la población. Todo ello se hará para inhibir la formación de pandillas que se dediquen a delinquir y a invadir los espacios públicos. Los espacios públicos deben ser para los ciudadanos y no para los delincuentes. Los criminales deben ser aprehendidos y consignados para que haya tranquilidad en los hogares, las calles, las plazas, en las escuelas, en los centros de trabajo y en donde viven las familias. De esta manera, se fomenta también la convivencia comunitaria, que ayuda a crear redes y generar capital social” (ibídem).

¹⁸³ “Esta estrategia tendrá la operación de los Consejos Escolares de Participación Social como el órgano estratégico articulador de la acción de profesores, alumnos y padres de familia. A través de talleres sobre prevención del delito, se capacitará a las maestras y a los maestros, así como a los padres de familia para que tengan los conocimientos y habilidades. Adicionalmente, se van a distribuir materiales de capacitación y de información, para que la sociedad en su conjunto participe en la construcción de un entorno seguro en la escuela. Las acciones se vincularán a la difusión educativa sobre la centralidad de los valores humanos, la ética, el diálogo, la tolerancia y la honestidad; con todo ello se fomentará la cultura de la legalidad, de la denuncia y de la participación social” (ídem).

5.2.2. Eje de Igualdad de Oportunidades

A través del cual se buscaba la reducción de la demanda de sustancias psicoactivas y cuyas acciones se dirigen al ámbito social, donde “cabemos todos, padres de familia, jóvenes, maestros, servidores públicos, municipios, estados, Federación” (SSA, 2012). Enfocándose en dos cuestiones: “Salud” y “Cultura, arte, deporte y recreación”.

En la línea de Acción 3.2 “Salud”, objetivo 6,¹⁸⁴ se planteó la **Estrategia 6.3** Fortalecer las políticas de combate contra las adicciones causadas por el consumo de alcohol, tabaco y drogas.¹⁸⁵ Además y puesto que en el PND se consideró que favorecer un entorno saludable en todos los ámbitos, incluido el laboral, constituía un factor de prevención en el consumo de sustancias psicoactivas, se planteó la **Estrategia 8.3**, con base en el objetivo 8,¹⁸⁶ que buscaba promover la productividad laboral mediante entornos de trabajo saludables, la prevención y el control de enfermedades discapacitantes y el combate a las adicciones.¹⁸⁷

¹⁸⁴ “Objetivo 6: Reducir las desigualdades en los servicios de salud mediante intervenciones focalizadas en comunidades marginadas y grupos vulnerables” (Presidencia de la República, 2007: 169).

¹⁸⁵ “La tendencia en el incremento del consumo de drogas ha generado una demanda creciente de servicios especializados para la atención de problemas de adicciones; sin embargo, nuestro país aún carece de una red articulada, eficiente y suficiente de servicios ambulatorios y residenciales. Es necesario desarrollar un sistema integral para el tratamiento de las adicciones mediante el establecimiento de una red de servicios especializados, que sumará los esfuerzos de los diferentes sistemas de atención incluyendo a las organizaciones de la sociedad civil, a los servicios de desintoxicación en hospitales generales o centros de salud de referencia y a las unidades que brinden tratamiento de complicaciones médicas en los servicios de salud. Asimismo, se deben impulsar programas de detección temprana, intervención y referencia a servicios especializados, así como a programas residenciales para los casos de dependencia severa, y a programas orientados a lograr y mantener la abstinencia con el apoyo familiar” (Presidencia de la República, 2007: 171).

¹⁸⁶ “Garantizar que la salud contribuya a la superación de la pobreza y al desarrollo humano en el país” (Presidencia de la República, 2007: 174).

¹⁸⁷ “(...) el abuso en el consumo del alcohol y la dependencia al mismo constituyen otra fuente significativa de ausentismo laboral, no sólo por sus efectos directos sobre las actividades laborales, sino también por sus efectos indirectos al incrementar el riesgo de accidentes dentro o fuera del lugar de trabajo. Por ello, se instrumentarán medidas para reducir los riesgos en el trabajo y para promover entre los trabajadores estilos de vida saludables a través de la educación sobre la prevención y el autocuidado de la salud. Por otra parte, se fortalecerán los instrumentos para el

Finalmente, en el campo de “**Cultura, arte, deporte y recreación**”, este mismo Eje propuso la **Estrategia 23.1** Estimular la formación y consolidación de una cultura deportiva entre todos los grupos sociales y de edad, en todas las regiones del país,¹⁸⁸ con relación al objetivo 23.¹⁸⁹

5.2.3. Programas oficiales que buscaron instrumentar el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012

5.2.3.1. EJE I. Estado de Derecho y seguridad

Con base en las diferentes estrategias planteadas en las tres líneas de acción del **Eje I.** del PND 2007-2012 que abordan el fenómeno que ocupa la presente investigación, se desarrollaron los siguientes Programas:

5.2.3.1.1. Programa Nacional para el Combate al Narcotráfico

Por medio del esfuerzo realizado por las Secretarías de la Defensa Nacional (SEDENA), de Marina (SEMAR), de Seguridad Pública (SSP) y de las Procuradurías Estatales y General de la República, se buscó “recuperar la fortaleza del Estado y la seguridad en la convivencia social mediante el combate frontal y eficaz al narcotráfico y otras expresiones del crimen organizado” (Presidencia de la República, 2007: 59).

diagnóstico oportuno y el tratamiento de las enfermedades crónicas y los trastornos depresivos, así como el combate a las adicciones” (Presidencia de la República, 2007: 176).

188 “Se impulsará el desarrollo de una cultura deportiva dentro y fuera de las escuelas, en las ciudades y en el campo. El deporte es la mejor manera de alejar a los niños y jóvenes de los riesgos de las adicciones, pues representa una opción atractiva para el uso del tiempo libre. Por eso se intensificará la construcción de infraestructura deportiva tanto en las comunidades rurales como en las urbanas. Será una de las líneas de trabajo del programa de acción comunitaria en la estrategia integral de combate a la pobreza” (Presidencia de la República, 2007: 229).

189 “Fomentar una cultura de recreación física que promueva que todos los mexicanos realicen algún ejercicio físico o deporte de manera regular y sistemática” (Presidencia de la República, 2007: 228).

Para recuperar la fortaleza del Estado con base en el combate frontal al narcotráfico, se llevarían a cabo acciones tales como; destrucción y erradicación de plantíos, aseguramiento de drogas ilícitas, sintéticas y precursores químicos, así como de armas, dinero y aeronaves. Además, la detención de personas vinculadas con la delincuencia organizada y la desarticulación de bandas criminales vinculadas al narcotráfico.

5.2.3.1.2. Programa Nacional para el Combate al Narcomenudeo

La Procuraduría General de la República (PGR) ¹⁹⁰ en coordinación con autoridades de las tres órdenes de Gobierno, serían las encargadas de llevar a cabo la implementación de este Programa, pues se consideraba que el combate al narcomenudeo era una prioridad de política pública nacional, en la cual era imprescindible la articulación de los esfuerzos entre gobierno y sociedad, para evitar que el “problema de las adicciones” limitara las posibilidades de progreso de las comunidades (PGR, 2008). Los objetivos de este Programa fueron:

1. Construcción de ciudadanía y acercamiento con la sociedad. El cual se proponía tres acciones. Por una parte, organizar con el apoyo del Comité Estatal de Participación Ciudadana campañas de información y difusión de alto impacto sobre el peligro del narcomenudeo y las adicciones, así como proporcionar los medios para combatir tales fenómenos.¹⁹¹ Por otra, promover la colaboración de

¹⁹⁰ Según la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (2010:5) “la Procuraduría General de la República, a través del Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia (CENAPI) es el organismo responsable de coordinar las actividades antidrogas”.

¹⁹¹ A través de auspiciar eventos deportivos, culturales y sociales y realizar foros, seminarios y debates de información sobre el problema y sus diversas alternativas de atención y solución, que permitan formar promotores y multiplicadores de la prevención en los ámbitos familiar, escolar y comunitario, aplicar el “Programa Escuela Segura” para la detección de armas y drogas, con la participación de Asociaciones de Padres de Familia en la revisión de mochilas y la realización de rondines por las instalaciones, efectuar pláticas de información y orientación en escuelas, realizar operativos de carácter disuasivo y preventivo en barrios, colonias y calles de mayor incidencia delictiva, instalar módulos de atención y orientación sobre las adicciones en oficinas

autoridades de los tres órdenes de gobierno y de la ciudadanía, por medio del Comité Estatal para el establecimiento de *Centros de Atención a Víctimas* en todo el país. Finalmente, “involucrar al Comité de Participación Ciudadana en la construcción de consensos con la ciudadanía para trabajar juntos en propósitos comunes, a partir de un sentido de corresponsabilidad gobierno–sociedad” (PGR, 2008:10).

2. Atención coordinada del problema de las adicciones. En este sentido, las Delegaciones deberían tener una participación relevante en la *Campaña Nacional para una Nueva Vida*, impulsada por la Licenciada Margarita Zavala, Presidenta del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), a efecto de colaborar en los mecanismos de detección temprana del consumo de drogas y evitar la generación de adicciones.

Por medio de dos acciones: a) Articular la vinculación operativa del Ministerio Público Federal (MPF), con las 310 Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención Primaria de Adicciones (UNEMES-CAPA) Nueva Vida,¹⁹² así como con

gubernamentales y lugares públicos, con la colaboración de autoridades sanitarias y/o de la Red de Promotores Nueva Vida del DIF” (PGR, 2008:7-8).

¹⁹² “Los Centros Nueva Vida ofrecen a la población un modelo de intervención temprana para las adicciones que contempla desde la prevención del consumo de sustancias psicoactivas y la promoción de la salud mental, hasta el tratamiento breve, ambulatorio (consulta externa), dando prioridad a la detección temprana de personas con mayor vulnerabilidad y consumidores experimentales, para intervenir con ellos y sus familias en forma oportuna, a fin de evitar el desarrollo de abuso o dependencia y mejorar la calidad de vida individual, familiar y social de los usuarios. El objetivo es disminuir el consumo de drogas a través de acciones tempranas y oportunas en escuelas, grupos organizados y comunidad en general. Algunas de las actividades que se llevan a cabo son:

- Atender los determinantes asociados al consumo de sustancias adictivas en la comunidad
- Disminuir la prevalencia de abuso y dependencia mediante actividades preventivas
- Identificar en forma temprana a jóvenes susceptibles o vulnerables (tamizajes)
- Intervenir tempranamente
- Diagnosticar en áreas bio-psico-sociales a quienes padezcan una adicción
- Detener el desarrollo de la enfermedad en fases tempranas
- Brindar el apoyo necesario a las familias de experimentadores, abusadores o dependientes” (CONADIC, 2010).

los Observatorios de Drogas y Adicciones, y b) Establecer los mecanismos para apoyar el cumplimiento del Procedimiento “Ideas”,¹⁹³ con la colaboración del Comité Estatal de Participación Ciudadana, los Consejos Estatales (CECA) y Comités Municipales contra las Adicciones (COMCA) y las autoridades de los tres órdenes de gobierno

3. Combate frontal al narcomenudeo. Que consistía en la “promoción, atención y seguimiento de la denuncia ciudadana como instrumento privilegiado para la generación de inteligencia criminal, con la colaboración del Comité Estatal de Participación Ciudadana” (PGR, 2008: 15). Así como en el “fortalecimiento de la infraestructura de apoyo para la investigación y persecución científica de los delitos de alto impacto social o institucional, sustentada en el análisis criminalístico de información y la generación de inteligencia criminal ministerial” (PGR, 2008: 16).

5.2.3.1.3. Limpiemos México

En la cual se expresa “el más alto compromiso político del Gobierno Federal para combatir este problema con la participación activa y la coordinación estrecha entre las Secretarías de Salud, de Educación Pública, de Desarrollo Social y de Seguridad Pública, entre otras, y la Procuraduría General de la República, a fin de

¹⁹³ El cual contempla (PGR, 2008: 12-13):

- Identificar entre las personas que sean presentadas ante el MPF a quienes consuman cualquier tipo de droga, a partir de los dictámenes periciales y de la aplicación del cuestionario para medir el nivel de dependencia física, mismo que les será proporcionado por la Subprocuraduría de Control Regional, Procedimientos Penales y Amparo (SCRPPA), en apego a la Guía emitida por el Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).
- Informar a los evaluados los resultados del cuestionario y de acuerdo con el puntaje, explicar las consecuencias asociadas al consumo y la importancia de tomar medidas e implementar un plan de acción que les ayude a reducir y prevenir los problemas asociados a sus hábitos de consumo.
- Canalizar a las instancias encargadas de elaborar el plan de acción en el que se establezca como meta la abstinencia completa en el consumo de drogas, realizar sesiones de seguimiento para verificar los avances en el cumplimiento de la meta y en su caso, replantear el plan de acción y remitir a las autoridades sanitarias, en caso de no detectarse reducción considerable en el consumo o presente signos de dependencia.

resguardar y mantener el respeto al estado de derecho y la seguridad pública” (SSA, 2007a:29). Cuyos ejes de acción corresponden a los programas: “Rescate de Espacios Públicos”, “Escuela Segura”, “Comunidad Segura” y “Estrategia Nacional en el Programa Nacional Contra las Adicciones”,¹⁹⁴ y que establece los siguientes objetivos:

Primero: La colaboración y la corresponsabilidad entre los tres órdenes de Gobierno para enfrentar la inseguridad y el crimen organizado.

Dos: Un conjunto de acciones sociales para que limpiemos nuestros espacios públicos y escuelas, así como la lucha contra las adicciones.

Tres: La participación de la sociedad; éste es el factor más importante para recuperar los espacios públicos, para evitar que la droga llegue a nuestros hijos, para hacer de las escuelas lugares seguros, es indispensable contar con la participación decidida y activa de la sociedad.¹⁹⁵

Es así que bajo el marco de esta Estrategia Nacional, se implementaron los siguientes programas:

Rescate de Espacios Públicos. La Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), a través de la Subsecretaría de Desarrollo Urbano y Ordenación del Territorio y la Dirección General de Equipamiento e Infraestructura en Zonas Urbano Marginadas, se encargarían de instrumentar este Programa, que tenía por objetivo general contribuir a mejorar la calidad de vida y la seguridad ciudadana, preferentemente de la población en condición de marginación, mediante el rescate de espacios públicos en las ciudades y zonas metropolitanas. Mientras que como

¹⁹⁴ La estrategia abarca todas las fases asociadas a este problema de salud pública: 1) Acciones en materia de prevención, tanto universal, como selectiva e indicada, a través de la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida; 2) Atención primaria a través de los Centros Nueva Vida (CNV); y 3) Tratamiento breve y canalización a servicios especializados (Presidencia de la República, Quinto Informe de Gobierno, 2011).

¹⁹⁵ Discurso dado por el Lic. Felipe Calderón Hinojosa en el evento “Limpiemos México” Estrategia Nacional de Seguridad. Programa en Zona de Recuperación, 2007.

objetivo específico buscó rescatar espacios públicos a nivel nacional con deterioro, abandono e inseguridad, en ciudades y localidades urbanas integradas en zonas metropolitanas, para el uso y disfrute de la comunidad y, con ello, propiciar la sana convivencia de la comunidad (SEDESOL, 2011).¹⁹⁶

Escuela Segura. La Secretaría de Educación Pública (SEP) sería la responsable de implementar este Programa, cuyo propósito¹⁹⁷ era impulsar ambientes y espacios propicios para la formación integral de los estudiantes de educación básica, para que las escuelas y sus entornos sean lugares seguros, libres de violencia, delincuencia y consumo de sustancias psicoactivas (Presidencia de la República, Quinto Informe de Gobierno, 2011). Este Programa cuenta con:

Lineamientos para la prevención de adicciones en la escuela mexicana, lo que promoverá las tareas preventivas hacia cada uno de los integrantes de la comunidad escolar, con el apoyo de instituciones externas que pueden sumarse por medio de acciones complementarias, dentro del marco del respeto a los derechos humanos (SSA, 2007a: 8).

Asimismo, la Secretaría de Educación Pública en coordinación con la Secretaría de Seguridad Pública Federal y el Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE) sumarían esfuerzos en la incorporación del espacio escolar a la prevención de la violencia, para colocarlo como un eje que, a través de los maestros y la formación de una cultura de prevención del delito, coadyuvara a la construcción de una comunidad segura (SEP; SSP, 2008).

¹⁹⁶ Lo cual se lograría a través de dos modalidades de intervención, por una parte con el mejoramiento físico de los espacios públicos y por la otra, con la participación social y seguridad comunitaria, en la que se desarrollarían actividades deportivas, artístico culturales, cívicas y formativas (cursos y talleres de sensibilización y prevención). Con lo que se pretendía impulsar la organización y participación de la comunidad para propiciar condiciones de seguridad en barrios y colonias, así como prevenir conductas antisociales como adicciones y violencia familiar y social (SEDESOL, 2011).

¹⁹⁷ “Sensibilizar, informar y promocionar la cultura de la legalidad y prevención del delito y de las adicciones, mejorando la calidad educativa que se ofrece a los alumnos de las escuelas públicas de educación básica, mediante la gestión de ambientes escolares seguros, a fin de que se constituyan en espacios libres de violencia, adicciones y delincuencia” (Presidencia de la República, 2010: 113).

A partir del objetivo 16¹⁹⁸ del PND 2007-2012, este programa involucraría a la comunidad educativa y los miembros que la conforman –directores, maestros, padres de familia y alumnos– en los talleres sobre prevención social del delito, los cuales les proveerían herramientas y recursos prácticos para la disminución de factores de riesgo en materia delictiva, así como para poder detectar situaciones de violencia a través de la atención oportuna de los factores de riesgo en los entornos familiar, escolar y social (SEP; SSP, 2008).

Comunidad segura: Vinculado con el programa anterior, la Secretaría de Seguridad Pública se propuso fomentar en los municipios la participación ciudadana en la construcción de un ambiente seguro y libre de violencia.¹⁹⁹ Mediante el involucramiento de la comunidad en la prevención del delito, la cultura de la legalidad y denuncia anónima, se buscó contrarrestar las diferentes causas que influyen en la generación del delito (Presidencia de la República, 2009).

Este programa se fundamentó en la aplicación de políticas y acciones de prevención en municipios de alto impacto delictivo, entre las que sobresalen: “seguridad comunitaria, prevención contra el delito cibernético, seguridad infantil, prevención integral del delito para jóvenes, fortalecimiento de consejos de participación ciudadana y capacitación a policías municipales y estatales” (Presidencia de la República, 2009: 97).

¹⁹⁸ “Fomentar un mayor nivel de desarrollo y mejores condiciones de vida que prevengan conductas delictivas en las comunidades y espacios urbanos, garantizando a toda la población el goce de sus derechos y libertades” (Presidencia de la República, 2007: 74).

¹⁹⁹ Este programa se basa en la aplicación de políticas y acciones de prevención en municipios de alto impacto delictivo, entre las que sobresalen: seguridad comunitaria, prevención contra el delito cibernético, seguridad infantil, prevención integral del delito para jóvenes, fortalecimiento de consejos de participación ciudadana y capacitación a policías municipales y estatales (Presidencia de la República, 2009: 97).

5.2.3.2. EJE III. Igualdad de Oportunidades

En lo correspondiente al Eje III del PNS 2007-2012 se diseñaron tres programas propios del sector salud, Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA),²⁰⁰ Programa Nacional de Salud (PNS)²⁰¹ y Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones. Así como un Programa Nacional de Activación Física.

A partir de las acciones planteadas en dichos Programas, se esperaba que para el año 2012, México debía haber contenido el aumento en la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas y habría logrado retrasar las edades de inicio. La única meta planteada en el tema de las *adicciones* fue “disminuir en 10% la prevalencia de consumo, por primera vez, de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad”.²⁰²

²⁰⁰ Felipe Calderón Hinojosa, en la Presentación del PROSESA, estableció que “en él se expresan los objetivos, las estrategias y las líneas de acción que definirán la actuación de las dependencias y de los organismos federales que pertenecen a este sector (...) Las metas que aquí se plantean señalan los principales resultados que habremos de obtener en el sector” (SSA, 2007).

²⁰¹ En dicho Programa se propuso la estrategia número 2 “Fortalecer e integrar las acciones de promoción de la salud, y prevención y control de enfermedades” y la línea de acción 2.11 se refería específicamente a “Fortalecer las políticas de atención contra las adicciones causadas por el abuso en el consumo de alcohol, tabaco, y drogas ilegales y médicas no prescritas” (SSA, 2007a).

²⁰² Este indicador permitiría “disponer de un panorama anual sobre los avances en la cobertura de las acciones de prevención, las cuales incluían la entrega de información y orientación en la materia, la detección temprana a través de pruebas de tamizaje en escuelas, la consejería, la ejecución de intervenciones breves y la derivación a tratamiento integral, además del trabajo con redes sociales” (ibídem). Sin embargo, en la Información para la Rendición de Cuentas en Salud del año 2007, es decir, un documento posterior a la publicación de los Programas de Salud, se explicaba que dado que el sistema de información en salud no capta regularmente este tipo de datos, el seguimiento de esta meta se preveía realizarlo con base en el levantamiento de una “encuesta poblacional específica”, por lo que la evaluación del impacto en la salud podría realizarse con posterioridad a la presente administración. Lo cual significaba que no se podría medir regularmente el avance en esta meta, lo que demuestra una contradicción y pobreza conceptual en cuanto a la definición de las metas relativas a este tema (Madrazo, 2012).

En el tema del consumo de sustancias legales, se indicó que se requería “fortalecer las acciones regulatorias de la publicidad de productos de tabaco y bebidas de contenido alcohólico” (SSA, 2007a). Para cumplir estas actividades regulatorias, la actual administración se proponía:

En dichos programas, se le asignó “una alta prioridad a la atención de las adicciones”, estableciéndose un modelo de salud que “privilegiaba lo preventivo²⁰³ sobre lo curativo”, dándole una atención especial a la población infantil y adolescente. Por lo que se propuso instrumentar “acciones homogéneas y permanentes de prevención y promoción de la salud”,²⁰⁴ acordes con el modelo socio-ecológico en las principales instituciones del sector, además de impulsar en todas las escuelas la adopción de programas preventivos basados en el conocimiento científico para proteger a niños y jóvenes de la disponibilidad de drogas, así como de la publicidad en el caso de sustancias psicoactivas de tipo legal (SSA, 2007):

Estamos actuando con acciones preventivas en muchos espacios de socialización de niños y jóvenes, fortaleciéndolos para que sepan cómo resistirse cuando les ofrezcan drogas. Vamos a revertir situaciones indeseadas y a recuperar los lugares donde se construye comunidad.

“Dar protección a la población contra la exposición involuntaria al humo de tabaco, garantizando ambientes 100% libres de humo de tabaco y penalizando a los infractores.

Hacer obligatoria la incorporación de advertencias sanitarias y pictogramas para que al menos ocupen 50% de las superficies principales de todos los paquetes y envases de productos de tabaco.

Instrumentar acciones que tiendan a la eliminación gradual de la publicidad, patrocinio y promoción de productos derivados del tabaco por cualquier medio electrónico o impreso.

Reforzar la regulación sanitaria en materia de publicidad y comercialización de bebidas con contenido alcohólico, para asegurar que no se vendan o expendan a menores de edad.

Instrumentar acciones de fomento sanitario para desalentar el consumo de productos de tabaco y el consumo excesivo de bebidas con contenido alcohólico” (SSA, 2008a: 21-22).

Como es posible apreciar, todas estas acciones estaban enfocadas en el consumo de sustancias psicoactivas de tipo lícito: alcohol y tabaco, dejando de lado el tema del consumo de sustancias de tipo ilícito, al igual que había sucedido en la pasada administración. A pesar de que supuestamente se le había dado una “alta prioridad al tema de las adicciones”.

²⁰³ Durante la actual administración, las intervenciones a nivel preventivo se presentaron como una parte fundamental del nuevo enfoque de la salud, el cual hace referencia a: “la creación de una base social para ejercer la rectoría en materia de prevención y control de enfermedades, cimentada en la participación social y la promoción de la salud” (SSA, 2007b:7). Por lo tanto, la promoción de la salud se concibió dentro de uno de los cinco ejes estratégicos del Plan Nacional de Desarrollo.

²⁰⁴ Se planteaba que para enfrentar riesgos como el abuso en el consumo de drogas se promocionarían estilos de vida saludables, con acciones preventivas tanto a nivel universal, como selectivo e indicado, además de incrementar la disponibilidad de los servicios para el tratamiento y la rehabilitación, pasando por la capacitación del personal de salud en todos los niveles de la atención a la salud en que se ofrecieran servicios en materia de adicciones, el desarrollo de nuevas investigaciones, sistemas de información y monitoreo del fenómeno (SSA, 2007c).

Hay consenso en que además de la familia, la escuela constituye la institución más apropiada para impulsar la prevención mediante la educación y la formación de actitudes y valores, así como la promoción de habilidades para la vida. Por ello las acciones preventivas deben dirigirse con preeminencia a niños, jóvenes y personas en situación de riesgo, considerando aspectos culturales y de idiosincrasia, con respeto a las formas de organización de grupos y comunidades, y modificando favorablemente trayectorias de consumo y de abuso de drogas (SSA, 2007: 8).

5.2.3.2.1. Programa de Acción Específico 2007-2012 (PAE). Prevención y tratamiento de las adicciones

Para aplicar las propuestas del PAE, se contó con el Consejo Nacional contra las Adicciones²⁰⁵ y con los 32 Consejos Estatales contra las Adicciones y en él se plantearon seis estrategias²⁰⁶ (SSA, 2007a) y se puntualizó que en el “sexenio de

²⁰⁵ Instancia en la que participan Secretarías de Estado, organismos descentralizados, instituciones de salud, cámaras empresariales y centrales sindicales cuyas acciones inciden en la atención del consumo de sustancias adictivas y sus consecuencias (SSA, 2007a).

²⁰⁶ **Estrategia 1:** Asegurar el desarrollo de acciones universales contra las adicciones principalmente en aquellos municipios considerados como prioritarios para el Sistema Nacional de Salud. Para la cual se creó la Meta de Proceso 1: Garantizar que al menos el 60% de los municipios prioritarios en todo el país, cuente con acciones contra las adicciones.

Estrategia 2: Elevar la calidad y profesionalizar los servicios de atención residencial mediante acciones de asesoría, supervisión y apoyo, para que los establecimientos actúen bajo la normatividad establecida, brindando a usuarios de drogas y sus familias una atención que transforme la visión de castigo y culpabilidad a un concepto integral de tratamiento y desarrollo personal. En este sentido se propuso la Meta de Proceso 2: Garantizar que el 43% de las unidades de tratamiento residencial en el país, cumplen con los requisitos básicos para la atención de las adicciones, de acuerdo con la NOM-028-SSA2- 1999 para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones.

Estrategia 3: Asegurar la sustentabilidad y permanencia de los esfuerzos orientados a reducir la demanda de drogas, aplicando el modelo de atención integral en los procedimientos para la detección, orientación, consejería y tratamiento en adicciones. Cuya Meta de Proceso 3 señalaba: Garantizar que al menos el 45% de las unidades básicas de primer nivel de la Secretaría de Salud en el país, aplique los procedimientos para la detección, orientación y consejería en materia de adicciones.

Estrategia 4: Asegurar la disponibilidad de servicios de atención integral oportuna para el tratamiento y la reintegración social del adicto con criterios de calidad y calidez, a través de una Red de Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros de Atención Primaria de las Adicciones “Nueva Vida”. Lo cual se mediría con base en la Meta de Resultado 1: Otorgar 524,400 consultas de 1a. vez para la prevención y tratamiento de las adicciones en los Centros “Nueva Vida”.

la prevención”, y en el marco del Plan Nacional de Desarrollo y del Programa Sectorial de Salud, la “Estrategia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones”, y la consecuente conformación de la Red Nacional de Centros “Nueva Vida”²⁰⁷ constituían una respuesta sin precedentes al desafío de combatir el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilícitas.

Pues se había otorgado el financiamiento necesario para construir 334 Unidades de Especialidad Médica-Centros de Atención Primaria en Adicciones (UNEMES-CAPA) “Nueva Vida”²⁰⁸ en zonas estratégicas, a fin de subsanar los rezagos existentes en nuestro país tanto en el ámbito de la prevención de las adicciones, como en su tratamiento (SSA, 2007a). Lo cual permitiría fortalecer las políticas de acción en contra de este fenómeno, así como dar una respuesta coordinada a las demandas de la población en este aspecto, pues:

Hasta antes de la presente Administración, la demanda de servicios para la atención de las adicciones era tratada principalmente por instituciones de la sociedad civil y los grupos de ayuda mutua, así como

Estrategia 5: Operar a nivel nacional un sistema integral para el tratamiento de las adicciones, mediante el establecimiento de una red de servicios especializados que cumplan tareas preventivas, de detección temprana, tratamiento y rehabilitación.

Estrategia 6: Garantizar el flujo de información actualizada, proveniente de diferentes fuentes, para mantener una visión integral de aspectos epidemiológicos, desarrollo de estrategias de prevención, tratamiento y demás aspectos significativos necesarios para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas.

²⁰⁷ “La red de prevención y atención de adicciones más grande de América Latina (...) que tiene como meta informar sobre qué hacer para que los niños y jóvenes no caigan en las redes de las adicciones; además, se complementa con apoyo para identificar cuando algún familiar o amigo esté pasando por algún problema de este tipo” (Presidencia de la República, 2012). Lo cual forma parte de la reconstrucción del tejido social, y con la cual “le cerramos el paso a la criminalidad y sembramos la semilla del México seguro, justo y próspero que queremos” (Presidencia de la República, 2012).

²⁰⁸ “La Red de UNEMES Centros “Nueva Vida”, que deberán operar en puntos estratégicos del país, permitirá ampliar sustancialmente la disponibilidad de servicios preventivos, de tratamiento y rehabilitación para asistir a las personas que más lo necesitan, procurando así mejorar las condiciones de salud, abatir el rezago que en materia de reducción de la demanda se venía arrastrando desde hacía ya muchas décadas (con las correspondientes consecuencias para la salud individual y colectiva), brindar servicios seguros y de calidad evitando un mayor empobrecimiento de la población por motivos de salud y garantizar con ello que la salud contribuya al combate a la pobreza y al desarrollo social del país” (SSA, 2007a:16).

por algunas instituciones del Sistema Nacional de Salud y de los servicios estatales de salud, aunque muchas veces hacía falta una coordinación más estrecha entre ellos para optimizar sus recursos y generar redes para la referencia y contra referencia de casos. Asimismo, la infraestructura instalada tenía limitaciones para atender con mayor oportunidad la demanda de servicios preventivos en zonas específicas o de alto riesgo, como es el caso de las fronteras, las ciudades con actividad turística o los municipios con alto índice delictivo (SSA, 2007a: 22).

Para la operación de estas UNEMES-CAPA se desarrolló el Modelo de Atención de los Centros Nueva Vida, el cual se difundiría a nivel nacional y llevaría a cabo acciones a nivel intramuros: intervenciones breves; intervenciones para adolescentes que inician en el consumo de alcohol y otras drogas; tratamiento breve para bebedores problema; orientación a familiares de usuarios; prevención de recaídas; talleres para padres sobre crianza positiva y de sensibilización así como tratamiento grupal dirigido, entre otras. Y a nivel extramuros, las cuales incluirían la realización de entrevistas, talleres a alumnos y a padres de familia, además de la aplicación de pruebas de tamizaje en las escuelas, a través de cuestionarios para identificar a personas en riesgo psicosocial relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2011).

5.2.3.2.2. Programa Nacional de Activación Física

En el ámbito de “Cultura, arte, deporte y recreación” se propuso esta estrategia, que a través de la Comisión Nacional del Deporte y del Sistema Nacional del Deporte, buscó cambiar la actitud de los ciudadanos hacia el cuidado de la salud, motivándolos para que cada individuo aprendiera a diseñar su propio programa de activación física y lo realizara durante toda su vida. Se propuso ofrecer a los diferentes sectores de la sociedad actividades físicas, deportivas y recreativas, con el fin de convertirlas en un hábito de vida y cuidado de la salud (Presidencia de la República, 2008). Se consideró que el deporte y la educación física eran los mejores aliados para combatir y prevenir enfermedades no sólo físicas como la

obesidad y el sobrepeso, sino que además, a través de estas actividades era posible alejar a los niños y jóvenes de las adicciones y de la violencia.²⁰⁹

5.3. Marco jurídico vinculado al tema de la farmacodependencia vigente al 2012

5.3.1. Marco jurídico vinculado al control de la oferta

La preocupación del gobierno mexicano en torno al tema de la producción, tráfico y comercialización de sustancias psicoactivas de tipo ilícito se ha reflejado en una serie de medidas legales que dan seguimiento a los convenios y tratados internacionales firmados por nuestro país. De acuerdo con el Artículo 133²¹⁰ de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, todos los acuerdos internacionales toman el rango de norma constitucional al ser suscritos por el ejecutivo y ratificados por el Senado de la República.

5.3.1.1. Instrumentos internacionales

Si bien a partir de la segunda mitad del siglo XX se consolidaron diversos tratados internacionales relacionados con el control de la oferta de sustancias consideradas como ilícitas, dedicados a las tareas de lucha contra el narcotráfico y los delitos asociados a esta actividad (Fernández y Fernández, 2009); el control internacional sobre estupefacientes y sustancias psicotrópicas data de principios del siglo XX, momento desde el cual México formó parte de la comunidad de Estados que se

²⁰⁹ Discurso dado por el ex secretario de salud, José Ángel Córdova Villalobos, en la visita la Visita de supervisión de la unidad deportiva Bicentenario.

²¹⁰ “Artículo 133. Esta Constitución, las leyes del Congreso de la Unión que emanen de ella y todos los Tratados que estén de acuerdo con la misma, celebrados y que se celebren por el Presidente de la República, con aprobación del Senado, serán la Ley Suprema de toda la Unión. Los jueces de cada Estado se arreglarán a dicha Constitución, leyes y tratados, a pesar de las disposiciones en contrario que pueda haber en las Constituciones o leyes de los Estados” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última Reforma DOF 25-06-2012: 103).

sometieron al marco jurídico internacional. Los convenios internacionales suscritos por México en relación a este tema son (SSA, 1998; SSA, 2011):

- Convención Internacional del Opio de 1912 y su revisión de 1925
- Convención de Ginebra de 1931
- Convención para la Supresión del Tráfico Ilícito de Estupefacientes Nocivos y Protocolo de Firma de 1936
- Protocolo que Enmienda los Acuerdos, Convenciones y Protocolos sobre Estupefacientes, concertados en La Haya el 23 de enero de 1912, en Ginebra el 11 de febrero de 1925 y el 19 de febrero de 1925, y el 13 de julio de 1931, en Bangkok el 27 de noviembre de 1931 y en Ginebra el 26 de junio de 1936
- Protocolo que somete a la Imposición Internacional a ciertas Drogas no comprendidas en el Convenio del 13 de julio de 1931, para Limitar la Fabricación y Reglamentar la Distribución de Estupefacientes, Modificado por el Protocolo firmado en Lake Success, el 11 de diciembre de 1946
- Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972.
- Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.
- Protocolo de 1972 de Modificación de la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes (1972).
- La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988).
- Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID) de 1991.
- Convención Interamericana sobre Asistencia Mutua en Materia Penal, 1992.
- Convención Interamericana contra la Corrupción, 1996.
- Convención Interamericana contra la Fabricación y el Tráfico Ilícitos de Armas de Fuego, Municiones, Explosivos y otros Materiales Relacionados (CIFTA), 1997.

- Convención de las Naciones Unidas contra la Delincuencia Organizada Transnacional, del año 2000 y sus tres Protocolos.²¹¹
- Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción, 2003;
- Declaración Política y el Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas (2009).

De todos los tratados firmados por México²¹² en términos de la política de control de la oferta, las tres Convenciones de las Naciones Unidas sobre fiscalización de drogas (Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, enmendada por el Protocolo de 1972, Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 y Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988) son las que han consolidado el sistema internacional de regulación de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, por tal motivo a continuación serán expuestas brevemente, así como otros acuerdos que han tenido trascendencia en los últimos años.

Convención Única sobre Estupefacientes de 1961 (enmendada por el Protocolo de 1972)

De acuerdo con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, su objetivo fue combatir el uso indebido de drogas mediante una acción internacional coordinada, a través de dos formas de intervención y control que trabajan en conjunto: la primera es limitar la posesión, el uso, el intercambio, la distribución, la

²¹¹ Protocolo contra el Tráfico Ilícito de Migrantes por Tierra, Mar y Aire, el Protocolo para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Niños y el Protocolo contra la Fabricación y el Tráfico Ilícitos de Armas de Fuego, sus Piezas y Componentes y Municiones (CICAD, 2010: 6).

²¹² México, es uno de los 51 Miembros fundadores de la Organización de las Naciones Unidas, por lo que la relación entre nuestro país y la ONU es intensa, continua y recíproca, observando los principios de política exterior que dicha Organización hizo suyas desde su creación y teniendo una importante participación en todos los ámbitos de la ONU (ONU, 2009).

importación, la exportación, la fabricación y la producción de drogas exclusivamente para fines médicos y científicos. La segunda es la lucha contra el tráfico de drogas mediante la cooperación internacional para disuadir y desalentar a los traficantes de drogas (2012). Para Astorga (2012), dicha convención sería la que determinaría la estrategia punitiva seguida por Estados Unidos y los países signatarios de dicha Convención –entre los que se encuentra México-, durante los últimos cincuenta años.

Esta convención, que posteriormente sería ampliada y fortalecida por el “Protocolo de 1972”, se considera un “logro fundamental por haber reunido en un solo instrumento todas las convenciones anteriores y por haber servido de base para racionalizar el mecanismo de fiscalización internacional de drogas” (ONU, 2010:5). Con lo cual dicha convención sería la piedra angular del actual régimen de fiscalización internacional de drogas, al consolidar los acuerdos de fiscalización de sustancias psicoactivas existentes y enumerar todas las sustancias sometidas a fiscalización (ONU, 2008). En dicha convención las partes se comprometieron a:

Limitar la producción, la fabricación, la exportación, la importación, la distribución y las existencias de los estupefacientes sometidos a fiscalización, así como el comercio, el uso y la posesión de éstos, con objeto de lograr que se utilicen exclusivamente con fines médicos y científicos. La producción y la distribución de las sustancias fiscalizadas deben estar sujetas a autorización y vigilancia y los gobiernos deben proporcionar a la JIFE previsiones e información estadística sobre las cantidades de estupefacientes necesarias, fabricadas y utilizadas y las cantidades incautadas por los funcionarios policiales y aduaneros (ONU, 2010: 5).

Para 1972, la Convención Única de 1961 fue enmendada por un protocolo para subrayar la necesidad de prestar servicios adecuados de prevención, tratamiento y rehabilitación (ONU, 2008). Actualmente son 183 los estados participantes de la convención (Corrêa de Carvalho, 2007).

Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971

En la “Conferencia sobre Sustancias Psicotrópicas de Viena” fue aprobado el “Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas”²¹³ de 1971, en respuesta a la diversificación y expansión de la gama de sustancias, además de que se acordó regular el comercio internacional de las mismas, por lo que se elaboraron las listas de sustancias prohibidas o sometidas a control especial (ONU, 2008). Este convenio establece un sistema de fiscalización internacional de sustancias psicotrópicas, y fue una reacción a la expansión y a la diversificación del uso indebido de drogas, en él se estableció su control sobre las diversas formas de drogas sintéticas de acuerdo, por una parte, al potencial de crear dependencia, y en segundo lugar, al poder terapéutico (ONUDD, 2012).

Asimismo, los estados parte se comprometieron, no sólo a restringir el consumo de las sustancias, sino a velar por el juicio y el estado de ánimo de sus ciudadanos (Slapak, 2006) y se establecieron medidas de prevención en el caso del uso indebido, así como contra el tráfico ilícito de tales sustancias (Corrêa de Carvalho, 2007).

Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988

Para 1988, se aprobó la “Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas”, centrada en la lucha contra el narcotráfico y que tenía por objetivo “hacer frente a la amenaza a la seguridad planteada por el tráfico de drogas en diversas regiones” (ONU, 2008). Además establecía “disposiciones amplias sobre extradición, asistencia judicial recíproca y prevención del blanqueo

²¹³“En el Convenio de 1971 se aplican los mismos principios de la Convención de 1961 en materia de fiscalización a sustancias como los estimulantes del sistema nervioso central, los sedantes hipnóticos y los alucinógenos. El número de sustancias sicotrópicas sujetas a fiscalización con arreglo al Convenio de 1971 asciende a 116” (ONU, 2010: 5).

de capitales” (ONU, 2010: 5). Así como medidas integrales contra el narcotráfico como el fortalecimiento del control de precursores químicos, el intercambio de información para la cooperación internacional a través de la extradición de los traficantes de drogas, su transporte y procedimientos de transferencia (ONUDD, 2012).

Además de contener las listas de sustancias sometidas a fiscalización internacional y criterios nuevos y severos con respecto al delito de tráfico, esta convención innovó al presentar reglas con respecto del control de las sustancias predecesoras²¹⁴ y acerca del lavado de dinero, convirtiéndose en el marco principal de cooperación internacional en la lucha contra el narcotráfico. Pues consideró la localización, el embargo preventivo y la confiscación de ingresos y propiedades procedentes del mismo, así como la extradición de traficantes y la ejecución en el extranjero de trámites legales en materia penal. Los estados parte se comprometieron a eliminar o reducir la demanda de drogas (Corrêa de Carvalho, 2007).

Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas de 1991

En 1991 se estableció en Viena el “Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas” (PNUFID) por resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas, en la que se solicitó que se estableciera un programa único que integrase por completo las estructuras y funciones de las

²¹⁴ “En el artículo 12 de la Convención de 1988 se introduce un conjunto de medidas de fiscalización de sustancias químicas (precursores) clave que se utilizan con frecuencia para la fabricación ilícita de estupefacientes y sustancias sicotrópicas. Las sustancias tienen una gran variedad de usos legítimos. En ese artículo se encomienda a la JIFE la responsabilidad de vigilar la aplicación de las medidas de fiscalización de esas sustancias por parte de los gobiernos. Además, la JIFE se encarga de evaluar las sustancias químicas para determinar si es necesario someterlas a fiscalización internacional. El número de sustancias sujetas a fiscalización con arreglo a la Convención de 1988 asciende a 30” (ONU, 2010: 5).

anteriores dependencias de ONU para la fiscalización y el uso indebido de drogas. Por mandato de la Asamblea General de Naciones Unidas, el PNUFID tiene la responsabilidad exclusiva de coordinar y dotar de dirección efectiva a todas las actividades de las Naciones Unidas en la esfera de fiscalización de drogas (ONU, 2012).

Además, el PNUFID enfrenta todos los aspectos del problema de las drogas, incluidas actividades pertenecientes a campos tan diversos como la aplicación de las leyes de fiscalización de drogas, la prevención, tratamiento y rehabilitación de los adictos y las reformas destinadas a ampliar la capacidad de los gobiernos para combatir el uso y abuso indebido de drogas (ONU, 2012).

El PNUFID junto con el Centro para la Prevención Internacional del Crimen constituyó primero en 1997 la Oficina de las Naciones Unidas para el Control de las Drogas y la Prevención de Crimen (ODCCP). Posteriormente, la Secretaría General de las Naciones Unidas, mediante el boletín con número ST/SGB/2004/6, publicado el 15 de marzo de 2004, constituyó la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUUD en español y por siglas en inglés UNODC), con personalidad jurídica propia y con atribuciones legales (ONUDD, 2012a).

Dicha Oficina de las Naciones Unidas se estableció con el objetivo de ejecutar de una manera integrada el programa de la ONU contra la droga y su programa contra el delito, y de esta manera hacer frente a los asuntos interrelacionados con la fiscalización de drogas, la prevención del delito y el terrorismo internacional en el marco del desarrollo sostenible y la seguridad humana (ONUDD, 2012):

La UNODC coordina las actividades internacionales encaminadas a combatir las drogas ilícitas y la delincuencia internacional (...) se encarga de prestar asistencia a los Estados Miembros en su empeño por abordar los problemas de las drogas ilícitas, la delincuencia y el terrorismo. En particular, cumple las funciones encomendadas al Secretario General con arreglo a los tratados internacionales en esas esferas y presta asistencia a la Comisión de Estupefacientes y a la JIFE en el ejercicio de las funciones que les incumben en virtud de los

tratados. Desempeña un papel de suma importancia en materia de asistencia técnica, difundiendo conocimientos especializados e impartiendo formación, con objeto de ayudar a los gobiernos a establecer estructuras adecuadas de fiscalización de drogas y a elaborar planes nacionales amplios. Estos últimos pueden abarcar una gran variedad de actividades, por ejemplo, de desarrollo rural integrado y desarrollo alternativo y de aplicación de leyes relacionadas con las drogas, así como la prevención del uso indebido de drogas, el tratamiento y la rehabilitación de drogodependientes y las reformas legislativas e institucionales (ONU, 2010:7).

Actualmente opera a través de una red de oficinas de campo los cuales se encuentran en distintas regiones del mundo. En el caso de esta oficina regional para México, Centroamérica y el Caribe, fue en el año de 1996, cuando el Gobierno de México y los Gobiernos de Centroamérica, por medio de sus embajadas, acreditadas en México, celebraron un “Memorando de Entendimiento”.²¹⁵ Mediante el cual se comprometieron a trabajar en conjunto con ONUDD (anteriormente PNUFID) con el fin de enfrentar los problemas de drogas y delito de la región. Es así como, en el año 2003, la ONUDD y el Gobierno de México celebraron un Acuerdo Sede para el establecimiento de la oficina regional para México y Centroamérica, el cual proveyó a ésta de personalidad jurídica propia, con el fin de supervisar y coordinar las actividades de la ONUDD en ésta región (ONUDD, 2012a).

²¹⁵ Con éste acuerdo el gobierno de México se convierte en el principal sustento del funcionamiento de la oficina regional para México, Centroamérica y desde el año 2008, también con la región del Caribe. Éste compromiso confirma y reconoce el apoyo y la corresponsabilidad que el gobierno mexicano tiene con la comunidad internacional (ONUDD, 2012a).

Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas, 2009.

En marzo de 2009,²¹⁶ la ONUDD presentó la “Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas”, aprobada por los estados miembro de la Comisión de Estupeficientes, en la que se indicaba que la ONUDD:

Colabora con los Gobiernos para hacer de la salud el eje de la fiscalización de drogas, de modo que los adictos se pongan en manos de médicos, y no de policías. En la etapa que tenemos por delante se precisa un compromiso mayor con la prevención, el tratamiento y la reducción del daño de forma integrada, y no excluyente. Para ello, la UNODC ha colaborado con la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la ampliación de la escala de algunos programas en todo el mundo, y con ONUSIDA en la reducción del riesgo del VIH (ONUDD, 2009: 2).

Se establecía como plan de acción la reducción del uso indebido de drogas y la drogodependencia mediante un criterio amplio, así como la reducción de la oferta ilícita de drogas, la fiscalización de precursores y de estimulantes de tipo anfetamínico, la cooperación internacional para erradicar el cultivo ilícito utilizado para la producción de estupeficientes y sustancias psicotrópicas y en materia de desarrollo alternativo, la lucha contra el blanqueo de dinero y la cooperación judicial (ONUDD, 2009).

²¹⁶ Durante dos días tuvo lugar la serie de sesiones de alto nivel del 52º período de sesiones de la Comisión de Estupeficientes, en la que participaron jefes de Estado, ministros y representantes de Gobiernos de 132 Estados, reunidos para evaluar los progresos realizados desde 1998 en el cumplimiento de las metas y objetivos establecidos en el vigésimo período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, dedicado a la acción común para contrarrestar el problema mundial de las drogas; para definir prioridades de cara al futuro y áreas que requieren nuevas medidas, así como las metas y objetivos que hayan de establecerse para la fiscalización de drogas a partir de 2009; y para adoptar una declaración política y otras medidas de fortalecimiento de la cooperación internacional (ONUDD, 2009).

5.3.1.2. Disposiciones jurídicas nacionales

Código Penal Federal

En nuestro país existen normas jurídicas y disposiciones reglamentarias que permiten la aplicación de sanciones penales contra la producción ilícita, el tráfico ilícito y la comercialización de sustancias psicoactivas fiscalizadas internacionalmente. De acuerdo con el Código Penal Federal, aquél que produce, distribuye, comercializa narcóticos, está cometiendo una transgresión contra la salud, tipificada como “Delitos contra la salud”²¹⁷ y que pueden ser clasificados de acuerdo con:

- a) La conducta del agente: puede ser de acción o de omisión. Por acción, tenemos los delitos de producir, transportar, traficar, suministrar o prescribir un narcótico sin la autorización debida (artículos 194, 195 bis., 196, 197, 198, 199). Por omisión, los delitos de permitir, autorizar o tolerar cualesquiera de las conductas señaladas por parte de un servidor público en el ejercicio de sus funciones (art. 194).
- b) El resultado (si producen o no un resultado objetivo o material), el daño que causan (de lesión o de peligro al bien jurídico), su duración (instantáneos, permanentes, continuados), su forma de persecución (de oficio o por querrela). Los delitos contra la salud son formales, de peligro y se persiguen de oficio (Rodríguez *et al*, 2000: 218).

De acuerdo con Sierra (2010), los delitos contra la salud en materia de narcóticos tienen dos principales vertientes: la primera, se constituye por todas aquellas

²¹⁷ Señala que: “Para los efectos de este capítulo, son punibles las conductas que se relacionan con los estupefacientes, psicotrópicos y demás sustancias previstos en los artículos 237, 245, fracciones I, II y III y 248 de la Ley General de Salud, que constituyen un problema grave para la salud pública. El juzgador, al individualizar la pena o la medida de seguridad a imponer por la comisión de algún delito previsto en este capítulo, tomará en cuenta, además de lo establecido en los capítulos 51 y 52, la cantidad y la especie del narcótico que se trate, así como la menor o mayor lesión o puesta en peligro de la salud pública y las condiciones personales del autor o partícipe del hecho o la reincidencia en su caso. Los narcóticos empleados en la comisión de los delitos a que se refiere este capítulo, se pondrán a disposición de la autoridad sanitaria federal, la que procederá de acuerdo con las disposiciones o leyes de la materia y su aprovechamiento lícito o a su destrucción” (Código Penal Federal, Últimas Reformas DOF 14-06-2012: 44).

actividades ilícitas encaminadas a lo que comúnmente se conoce como *narcotráfico*; y la segunda, se circunscribe propiamente al acto comercial entre el proveedor y el consumidor de la droga, es decir, al *narcomenudeo*.

El 20 de agosto de 2009 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones del Código Penal Federal²¹⁸ y del Código de Procedimientos Penales.²¹⁹ El impacto de estas modificaciones respecto al consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito se aprecia en que ya no se penaliza a los farmacodependientes y miembros de comunidades indígenas que posean determinada cantidad de ciertas sustancias para fines rituales, reconociendo que su dependencia o portación no debe ser castigada.²²⁰

Los artículos del Código Penal Federal que tipifican como delito la posesión ilícita de drogas son el 195²²¹ y el 195 bis.²²² El artículo 199 de este Código establece

²¹⁸ Se reforman cuatro artículos (194, 195, 195 Bis y el 199) (Presidencia de la República, 2010).

²¹⁹ Se reforman seis artículos (137, 180 bis, 194, 523, 526 y 527); asimismo se derogan dos (524 y 525) (ibídem).

²²⁰ **Artículo 195 bis:** “El Ministerio Público Federal no procederá penalmente por este delito en contra de la persona que posea:

I. Medicamentos que contengan narcóticos, cuya venta al público se encuentre supeditada a requisitos especiales de adquisición, cuando por su naturaleza y cantidad dichos medicamentos sean los necesarios para el tratamiento de la persona que los posea o de otras personas sujetas a la custodia o asistencia de quien los tiene en su poder.

II. Peyote u hongos alucinógenos, cuando por la cantidad y circunstancias del caso pueda presumirse que serán utilizados en las ceremonias, usos y costumbres de los pueblos y comunidades indígenas, así reconocidos por sus autoridades propias” (Código Penal Federal, Últimas Reformas DOF 14-06-2012: 46).

²²¹ “**Artículo 195.-** Se impondrá de cinco a quince años de prisión y de cien a trescientos cincuenta días multa, al que posea alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización correspondiente a que se refiere la Ley General de Salud, siempre y cuando esa posesión sea con la finalidad de realizar alguna de las conductas previstas en el artículo 194, ambos de este código.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento.

Cuando el inculpado posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla prevista en el artículo 479 de la Ley General de Salud, en cantidad igual o superior a la que resulte de multiplicar por mil las ahí referidas, se presume que la posesión tiene como objeto cometer alguna de las conductas

que cuando el Ministerio Público o la autoridad judicial identifiquen que una persona es farmacodependiente informarán a las autoridades sanitarias correspondientes, para los efectos del tratamiento que corresponda. En los centros de reclusión se prestarán servicios de rehabilitación al farmacodependiente. Para el otorgamiento de la condena condicional o del beneficio de la libertad preparatoria, cuando procedan se exigirá en todo caso que el sentenciado se someta al tratamiento médico correspondiente para su rehabilitación, bajo vigilancia de la autoridad ejecutora.

Es así que en contra de lo que establece la Ley General de Salud²²³ y la Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009,²²⁴ respecto de la voluntad para recibir tratamiento por un consumo perjudicial o dependiente, el *Código Penal Federal* establece la obligatoriedad de los tratamientos para atender esta problemática.

previstas en el artículo 194 de este código” (Código Penal Federal, Últimas Reformas DOF 14-06-2012: 45).

²²² “**Artículo 195 bis.**- Cuando por las circunstancias del hecho la posesión de alguno de los narcóticos señalados en el artículo 193, sin la autorización a que se refiere la Ley General de Salud, no pueda considerarse destinada a realizar alguna de las conductas a que se refiere el artículo 194, se aplicará pena de cuatro a siete años seis meses de prisión y de cincuenta a ciento cincuenta días multa (...)

Para efectos de este capítulo se entiende por posesión: la tenencia material de narcóticos o cuando éstos están dentro del radio de acción y disponibilidad de la persona.

La posesión de narcóticos podrá ser investigada, perseguida y, en su caso sancionada por las autoridades del fuero común en los términos de la Ley General de Salud, cuando se colmen los supuestos del artículo 474 de dicho ordenamiento (Código Penal Federal, Últimas Reformas DOF 14-06-2012: 46).

²²³ El artículo 74 Bis, párrafo III de la Ley General de Salud establece: La persona con trastornos mentales y del comportamiento tendrá los siguientes derechos:

III. Derecho al consentimiento informado de la persona o su representante, en relación al tratamiento a recibir. Esto sólo se exceptuará en el caso de internamiento involuntario, cuando se trate de un caso urgente o cuando se compruebe que el tratamiento es el más indicado para atender las necesidades del paciente (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 22)

²²⁴ Dicha Norma especifica: “el ingreso de los usuarios a los establecimientos especializados en adicciones con modelos profesional y mixto podrá ser voluntario, involuntario u obligatorio, y en el de ayuda mutua será estrictamente voluntario, pudiendo darse el ingreso obligatorio en los establecimientos que operen bajo este modelo que estén reconocidos por el CONADIC” (NOM-028-SSA2-2009: SSA, 2009a: 29).

Código Penal para el Distrito Federal

El Código Penal vigente en el Distrito Federal retoma la propuesta del Código Penal Federal de establecer el tratamiento obligatorio para los consumidores de drogas que se han visto involucrados en algún problema legal y para los farmacodependientes procesados y sentenciados por haber incurrido en alguna conducta tipificada como delito.

Artículo 67²²⁵.-Cuando el sujeto haya sido sentenciado por un delito cuya comisión obedezca a la inclinación o abuso de bebidas alcohólicas, estupefacientes, psicotrópicos o sustancias que produzcan efectos similares, independientemente de la pena que corresponda, se le aplicara tratamiento de deshabitación o desintoxicación, el cual no podrá exceder del término de la pena impuesta por el delito cometido. Cuando se trate de penas no privativas o restrictivas de libertad, el tratamiento no excederá de seis meses (Código Penal para el Distrito Federal - Publicación inicial: 16/07/2002).

5.3.2. Marco jurídico vinculado a la reducción de la demanda

Por otro lado, “las normas y disposiciones jurídicas en materia de reducción de la demanda encuentran su fundamento en el artículo cuarto, párrafo cuarto,²²⁶ de la

²²⁵ Libro primero. Disposiciones generales. Título tercero. Consecuencias jurídicas del delito. Capítulo XII. Tratamiento de deshabitación o desintoxicación.

²²⁶ “Artículo 4º.- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la federación y las entidades federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta Constitución” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última Reforma DOF 25-06-2012: 5- 6).

1a. El Consejo de Salubridad General dependerá directamente del Presidente de la República, sin intervención de ninguna Secretaría de Estado, y sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.

2a. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, la Secretaría de Salud tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

3a. La autoridad sanitaria será ejecutiva y sus disposiciones serán obedecidas por las autoridades administrativas del País.

4a. Las medidas que el Consejo haya puesto en vigor en la Campaña contra el alcoholismo y la venta de sustancias que envenenan al individuo o degeneran la especie humana, así como las adoptadas para prevenir y combatir la contaminación ambiental, serán después revisadas por el

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en la que se señala que todos los mexicanos tenemos el derecho a la protección de la salud”²²⁷ (SSA, 1998 y SSA, 2011: 18). Además, el artículo 73 Constitucional, Fracción XVI, establece que el Congreso tiene facultad para “dictar leyes sobre nacionalidad, condición jurídica de los extranjeros, ciudadanía, naturalización, colonización, emigración e inmigración y salubridad general de la República” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última Reforma DOF 25-06-2012: 46).

5.3.2.1. Instrumentos internacionales

En cuanto a los acuerdos internacionales que México ha firmado²²⁸ y que establecen la importancia de la reducción de la demanda y las acciones que los países deben realizar como parte de esta estrategia, en materia de prevención del consumo, educación y tratamiento de los farmacodependientes, se encuentra la “Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas” de 1998 y el “Convenio Marco para el Control del Tabaco”, firmado el 12 de mayo de 2003.

Congreso de la Unión en los casos que le competan” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última Reforma DOF 25-06-2012: 45)

²²⁷ Este artículo establece y asegura el derecho a la protección de la salud, como fundamento del Sistema Nacional de Salud y tiene las siguientes implicaciones (Díaz, 1994 y 2006):

Es un derecho universal y sin limitación alguna, ya que es otorgado a todo mexicano por el solo hecho de serlo.

Se tiene acceso a los servicios de salud como parte esencial de ese derecho.

²²⁸ Los cuales han tenido una importancia marginal comparada con los acuerdos para el control de la oferta.

*Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas*²²⁹

En junio de 1998, durante la novena sesión plenaria, la Asamblea General de las Naciones Unidas, se aprobó la “Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas”,²³⁰ la cual establecía que:

1. Todos los países se ven afectados por las consecuencias devastadoras del uso indebido y el tráfico ilícito de drogas: perjuicios para la salud; una ola de delincuencia, violencia y corrupción; la sangría de recursos humanos, naturales y financieros que en otras circunstancias habrían estado al servicio del desarrollo social y económico; la destrucción de personas, familias y comunidades; y la desestabilización de las estructuras políticas, culturales, sociales y económicas.

2. Dado que el uso indebido de drogas afecta a todos los sectores de la sociedad y a los países a todos los niveles de desarrollo, las políticas y programas de reducción de la demanda de drogas deben dirigirse a todos los sectores de la sociedad (ONU, 1998:2).

Además manifiesta que:

Las políticas de reducción de la demanda deberán:

- i) Estar orientadas hacia la prevención del uso de drogas y la reducción de las consecuencias negativas de su uso indebido;
- ii) Prever y fomentar la participación activa y coordinada de los particulares a nivel de la comunidad, tanto en general como en situaciones que entrañan un riesgo especial, por ejemplo, por razones

²²⁹ En ese encuentro fueron tratados seis puntos principales: Reducción de la demanda, Eliminación de cultivos, Lavado de dinero, Precursores químicos, Drogas de síntesis y Cooperación judicial. Lo más destacable fue la iniciativa de destinar esfuerzos para frenar el aumento de la demanda de sustancias, la actuación de los gobiernos se centró también en la prevención del consumo (Corrêa de Carvalho, 2007).

²³⁰ Según lo indica la Secretaría de Salud, dicha Declaración se elaboró como iniciativa de México en diversos foros internacionales, dentro del Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas, que fue adoptada durante el Vigésimo Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre Drogas, que también fue celebrado por iniciativa del gobierno mexicano (SSA, 1998).

de ubicación geográfica, circunstancias económicas o la presencia de una población relativamente numerosa de toxicómanos;

iii) Tener muy presentes las especificidades tanto culturales como de género;

iv) Contribuir al desarrollo y mantenimiento de un entorno favorable (ONU, 1998: 3-4).

Por lo tanto, representa una importante iniciativa del “Decenio de las Naciones Unidas contra el Uso Indebido de Drogas”, que abarca el período 1991-2000 y responde a la necesidad de “disponer de un instrumento internacional sobre la adopción de medidas eficaces de ámbito nacional, regional e internacional contra la demanda de drogas ilícitas y constituye una ampliación de una serie de convenciones y recomendaciones internacionales en las que se basa” (ONU, 1998: 3).

Convenio Marco para el Control del Tabaco

Es una iniciativa de la Organización Mundial de la Salud que propone una agenda común para coordinar esfuerzos en la lucha contra el tabaco, a la vez que ofrece un marco para las medidas de control que habrán de aplicarse para reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo y la exposición al humo de tabaco (OMS, 2004a). Su objetivo es:

Proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que habrán de aplicar las Partes a nivel nacional, regional e internacional a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo de tabaco (OMS: 2003a: 5).

Contiene una serie de pautas y requerimientos para la implementación de las medidas más costo-efectivas disponibles para el control de tabaco. Algunas de las

disposiciones claves que las partes del CMCT deberán implementar incluyen (OMS, 2003a):

- Prohibir totalmente toda forma de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, a implementarse en el transcurso de 5 años.
- Aplicar, en el transcurso de 3 años, advertencias sanitarias estrictas en los paquetes y envases de los productos de tabaco que cubra al menos un 30% (idealmente, un 50%) de las principales superficies expuestas.²³¹
- Proteger a las personas del humo de tabaco ajeno en todos los lugares públicos y de trabajo cerrados, así como en el transporte público.
- Tomar medidas para reducir el contrabando de los productos de tabaco.

El convenio también considera otros aspectos, incluyendo divulgar y regular los ingredientes de los productos de tabaco, así como reglamentar la venta de productos de tabaco por o a menores de edad, el tratamiento de la adicción al tabaco, la investigación y el intercambio de información entre los países, así como la promoción de la concientización del público hacia este problema de salud.

Como parte de este convenio marco, la Secretaría de Salud, a través de la Oficina Nacional para el Control del Tabaco (ONCT) del Secretariado Técnico del Consejo Nacional contra las Adicciones (STCONADIC) apoyó a las Cámaras de Senadores y Diputados con toda la evidencia disponible a nivel nacional e internacional en

²³¹ “El 25 de septiembre de 2010 comenzaron a circular en nuestro país las nuevas cajetillas de cigarrillos con los ocho pictogramas y leyendas de advertencia que se rotarán trimestralmente, los cuales permiten comunicar de una manera más eficiente los riesgos para la salud a los que se exponen los fumadores y las personas que respiran el humo de tabaco de forma involuntaria” (Presidencia de la República, 2011: 478).

relación con las mejores prácticas encaminadas a la reducción de la demanda de productos de tabaco en nuestro país (Presidencia de la República, 2011).

5.3.2.2. Disposiciones jurídicas nacionales

En lo que respecta a las normas y disposiciones jurídicas nacionales en materia del consumo de sustancias psicoactivas, como ya se mencionó, éstas encuentran su fundamento en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. De este artículo, se despliega la *Ley General de Salud*, así como la *Ley de Salud del Distrito Federal* y la *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones* (NOM-028-SSA2-2009).

Ley General de Salud

Es una ley reglamentaria del artículo 4º, Párrafo Cuarto de nuestra Constitución Política. Fue publicada en el Diario Oficial de 7 de febrero de 1984 entró en vigor el 1º de julio de ese mismo año). Con respecto al fenómeno de la farmacodependencia, la *Ley General de Salud* lo considera como un problema de salud pública, por lo que exige cierto tipo de intervención por la autoridad pública. Ejemplo de ello es el artículo 13, párrafo C, el cual estipula que “corresponde a la Federación y a las entidades federativas la prevención del consumo de narcóticos, atención a las adicciones y persecución de los delitos contra la salud, en los términos del artículo 474 de esta Ley” (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 7).

Dicha ley contempla el establecimiento de un “Programa contra la Farmacodependencia”, la realización de acciones de prevención y tratamiento basados en evidencia científica, la creación de políticas públicas en la materia que sean eficaces, el control de la publicidad, la obligatoriedad en la educación sobre la materia, la regulación de la prestación de servicios, el control de la producción y manufactura de los medicamentos, el consumo de sustancias psicoactivas en el

ámbito laboral, la inclusión de una visión de género y privilegiar siempre a las poblaciones más vulnerables, los delitos a la salud en su modalidad de narcomenudeo, entre otros problemas relacionados (SSA, 2011).

Por otra parte, señala cuáles son las sustancias que deben ser consideradas como estupefacientes y psicotrópicos y regula todo el proceso relacionado con estos, desde la producción hasta la venta, siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, suministro, empleo, consumo, etcétera (Díaz, 2006). Y a partir del Capítulo IV, establece las directrices correspondientes al Programa Contra la Farmacodependencia, que señalan:

Artículo 191.- La Secretaría de Salud y el Consejo de Salubridad General, en el ámbito de sus respectivas competencias, se coordinarán para la ejecución del programa contra la farmacodependencia, a través de las siguientes acciones:

- I. La prevención y el tratamiento de la farmacodependencia y, en su caso, la rehabilitación de los farmacodependientes;
- II. La educación sobre los efectos del uso de estupefacientes, sustancias psicotrópicas y otras susceptibles de producir dependencia, así como sus consecuencias en las relaciones sociales y;
- III. La educación e instrucción a la familia y a la comunidad sobre la forma de reconocer los síntomas de la farmacodependencia y adoptar las medidas oportunas para su prevención y tratamiento.

La información que reciba la población deberá estar basada en estudios científicos y alertar de manera clara sobre los efectos y daños físicos y psicológicos del consumo de estupefacientes y psicotrópicos.

Artículo 192.- La Secretaría de Salud elaborará un programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia, y lo ejecutará en coordinación con dependencias y entidades del sector salud y con los gobiernos de las entidades federativas.

Este programa establecerá los procedimientos y criterios para la prevención, tratamiento y control de las adicciones y será de observancia obligatoria para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud en todo el territorio nacional y en los establecimientos de los sectores público, privado y social que realicen actividades preventivas, de tratamiento y de control de las adicciones y la farmacodependencia.

Las campañas de información y sensibilización que reciba la población deberán estar basadas en estudios científicos y alertar de manera adecuada sobre los efectos y daños físicos y psicológicos del consumo de estupefacientes y psicotrópicos.

De conformidad con los términos establecidos por el programa nacional para la prevención y tratamiento de la farmacodependencia, los gobiernos de las entidades federativas serán responsables de:

I. Promover y llevar a cabo campañas permanentes de información y orientación al público, para la prevención de daños a la salud provocados por el consumo de estupefacientes y psicotrópicos; y

II. Proporcionar información y brindar la atención médica y los tratamientos que se requieran a las personas que consuman estupefacientes y psicotrópicos (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 63).

Además, el artículo 184 Bis establece que el Consejo Nacional contra las Adicciones es la unidad federal responsable de elaborar y evaluar los Programas Nacionales contra el Alcoholismo y el Abuso de Bebidas Alcohólicas, el Tabaquismo y la Farmacodependencia, por lo que:

Tendrá por objeto promover y apoyar las acciones de los sectores público, social y privado tendientes a la prevención y combate de los problemas de salud pública causados por las Adicciones que regula el presente Título, así como proponer y evaluar los programas a que se refieren los Artículos 185, 188 y 191 de esta Ley. Dicho Consejo estará integrado por el Secretario de Salud, quien lo presidirá, por los titulares de las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal cuyas atribuciones tengan relación con el objeto del Consejo y por representantes de organizaciones sociales y privadas relacionadas con la salud. El Secretario de Salud podrá invitar, cuando lo estime conveniente, a los titulares de los gobiernos de las entidades federativas a asistir a las sesiones del Consejo. La organización y funcionamiento del Consejo se regirán por las disposiciones que expida el Ejecutivo Federal (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 61).

Los artículos 235,²³² 237,²³³ 247²³⁴ y 248²³⁵ de la Ley General de Salud tipifican como delito la posesión ilícita de drogas. Asimismo, establece que en conformidad

²³² “ Artículo 235.- La siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con estupefacientes o con cualquier producto que los contenga queda sujeto a:

I. Las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos;

II. Los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

III. Las disposiciones que expida el Consejo de Salubridad General;

IV. Lo que establezcan otras leyes y disposiciones de carácter general relacionadas con la materia;

V. (Se deroga).

VI. Las disposiciones relacionadas que emitan otras dependencias del Ejecutivo Federal en el ámbito de sus respectivas competencias.

Los actos a que se refiere este Artículo sólo podrán realizarse con fines médicos y científicos y requerirán autorización de la Secretaría de Salud” (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 80-81).

²³³ “Artículo 237.- Queda prohibido en el territorio nacional, todo acto de los mencionados en el Artículo 235 de esta Ley, respecto de las siguientes sustancias y vegetales: opio preparado, para fumar, diacilmorfina o heroína, sus sales o preparados, cannabis sativa, índica y americana o marihuana, papaver somniferum o adormidera, papaver bacteatum y erythroxilon novogratense o coca, en cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones. Igual prohibición podrá ser establecida por la Secretaría de Salud para otras sustancias señaladas en el Artículo 234 de esta Ley, cuando se considere que puedan ser sustituidas en sus usos terapéuticos por otros elementos que, a su juicio, no originen dependencia” (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 81).

²³⁴ “Artículo 247.- La siembra, cultivo, cosecha, elaboración, preparación, acondicionamiento, adquisición, posesión, comercio, transporte en cualquier forma, prescripción médica, suministro, empleo, uso, consumo y, en general, todo acto relacionado con sustancias psicotrópicas o cualquier producto que los contenga, queda sujeto a:

I. Las disposiciones de esta Ley y sus reglamentos;

II. Los tratados y convenciones internacionales en los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte y que se hubieren celebrado con arreglo a las disposiciones de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos;

III. Las disposiciones que expida el Consejo de Salubridad General;

IV. Lo que establezcan otras leyes y disposiciones de carácter general relacionadas con la materia;

V. (Se deroga)

VI. Las disposiciones relacionadas que emitan otras dependencias del Ejecutivo Federal en el ámbito de sus respectivas competencias.

Los actos a que se refiere este Artículo sólo podrán realizarse con fines médicos y científicos, y requerirán, al igual que las sustancias respectivas, autorización de la Secretaría de Salud” (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 88).

²³⁵ “Artículo 248.- Queda prohibido todo acto de los mencionados en el Artículo 247 de esta Ley, con relación a las sustancias incluidas en la fracción I del Artículo 245” (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 88)

con el artículo 478²³⁶ de dicha ley, el Ministerio Público no ejercerá acción penal por la posesión de sustancias psicoactivas denominadas como narcóticos, en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor y posea alguna de tales sustancias indicadas en la “Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal Inmediato”.

Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato		
Narcótico	Dosis máxima de consumo personal e inmediato	
Opio	2 gr.	
Diacetilmorfina o Heroína	50 mg.	
Cannabis Sativa, Indica o Marihuana	5 gr.	
Cocaína	500 mg.	
Lisergida (LSD)	0.015 mg.	
MDA, Metilendioxfanfetamina	Polvo, granulado o cristal	Tabletas o cápsulas
	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
MDMA, dl-34-metilendioxi-n-dimetilfeniletilamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.
Metanfetamina	40 mg.	Una unidad con peso no mayor a 200 mg.

Tabla 13. Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato. FUENTE: Ley General de Salud (Últimas Reformas DOF 07-06-2012:142).

De acuerdo con el artículo 479, se entiende que el narcótico está destinado para su estricto e inmediato consumo personal, cuando la cantidad del mismo, en

²³⁶ “Artículo 478.- El Ministerio Público no ejercerá acción penal por el delito previsto en el artículo anterior, en contra de quien sea farmacodependiente o consumidor y posea alguno de los narcóticos señalados en la tabla, en igual o inferior cantidad a la prevista en la misma, para su estricto consumo personal y fuera de los lugares señalados en la fracción II del artículo 475 de esta Ley. La autoridad ministerial informará al consumidor la ubicación de las instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia. El Ministerio Público hará reporte del no ejercicio de la acción penal a la autoridad sanitaria de la entidad federativa donde se adopte la resolución con el propósito de que ésta promueva la correspondiente orientación médica o de prevención. La información recibida por la autoridad sanitaria no deberá hacerse pública pero podrá usarse, sin señalar identidades, para fines estadísticos (Ley General de Salud, Últimas Reformas DOF 07-06-2012: 142).

cualquiera de sus formas, derivados o preparaciones no exceda de las previstas en la Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal Inmediato. Y, tan pronto el Ministerio Público o la autoridad judicial del conocimiento identifique que una persona relacionada con un procedimiento es farmacodependiente se deberá informar de inmediato y, en su caso, dar intervención a las autoridades sanitarias competentes, para los efectos del tratamiento que corresponda.

El 20 de agosto de 2009 se publicó en el *Diario Oficial de la Federación* el “Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la Ley General de Salud”.²³⁷ En la exposición de motivos de dicho decreto, se menciona:

A fin de eficientar la labor del Estado en materia de combate al narcomenudeo se requiere de reformas legislativas que permitan determinar de manera clara la corresponsabilidad de los Gobiernos federal y de las entidades federativas para la prevención y el combate a la posesión, comercio y suministro de narcóticos; la tipificación y sanción de esas conductas delictivas; así como la determinación de mecanismos para el tratamiento médico y programas de prevención para farmacodependientes y no farmacodependientes (SEGOB, 2009:3).

De lo anterior se desprende que, con esta reforma, la intención del legislador es alcanzar dos objetivos: por un lado, que tanto a nivel estatal como federal se combata coordinada y conjuntamente el fenómeno delictivo generado por el narcomenudeo y; por otro, que a través de un programa nacional de salud se brinde, junto con centros especializados, atención adecuada al farmacodependiente (Sierra, 2010).

Aparentemente, con dichas modificaciones, además de evitar la penalización del consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, la ley convierte el tratamiento

²³⁷ Se reforman cinco artículos, se adicionan seis más y se crea el Capítulo VII denominado “Delitos Contra la salud en su modalidad de Narcomenudeo”, mismo que se integra por 10 artículos (Presidencia de la República, 2010).

de consumidores y farmacodependientes en una obligación del Estado, dando oportunidad a estas personas de seguir un tratamiento de manera voluntaria. Clarifica el régimen de aplicación de excusas absolutorias gracias a una tabla que define que, en lugar de emplear el ambiguo término de “consumo personal”, debe identificarse de manera exclusiva como dosis personal e inmediata; esto es, la cantidad de sustancia que un farmacodependiente debe suministrarse de manera próxima para evitar la presencia de síntomas de abstinencia (Vizcaíno, 2010).

Además, apoya la lucha contra el narcomenudeo, al distinguir éste último del consumo personal e inmediato, con base en la “Tabla de Orientación de Dosis Máximas de Consumo Personal e Inmediato”, y por la ampliación de atribuciones a las autoridades en las entidades federativas y el fortalecimiento de las que corresponden a la autoridad federal. A partir de lo anterior, se busca disminuir la oferta de sustancias ilegales y reducir la oportunidad de uso entre los adolescentes, principalmente (Sierra, 2010; Vizcaíno, 2010).

Ley de Salud del Distrito Federal

Esta ley es de orden público e interés social y establece las atribuciones que le corresponden en el tema de la prevención y atención de la farmacodependencia como parte del derecho a la salud:

Artículo 5.- Para los efectos del derecho a la protección a la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

(...) XII. La prevención y atención de las adicciones, particularmente el tabaquismo, el alcoholismo y la farmacodependencia (Ley de Salud del Distrito Federal, 2009:3)

Artículo 17.- En las materias de salubridad general el Gobierno tiene las siguientes atribuciones:

(...) aa) El desarrollo de programas de salud contra las adicciones y la farmacodependencia, en coordinación con la Secretaría Federal y en los términos de los programas aplicables en la materia (Ley de Salud del Distrito Federal, 2009:10).

Artículo 74.- Para procurar los objetivos de la promoción de la salud, especialmente en niños y jóvenes, el Gobierno impulsará, de conformidad a las disposiciones legales aplicables en materia educativa, la impartición de una asignatura específica en los planes y programas de estudio, que tenga como propósito la educación para la salud. La educación para la salud tiene por objeto:

(...) III. Orientar y capacitar a la población preferentemente en materia de nutrición, prevención y combate de los problemas alimenticios, salud mental, salud bucal, educación sexual y reproductiva, planificación familiar, riesgos de automedicación, programas contra el tabaquismo y alcoholismo, prevención de farmacodependencia, salud ocupacional, salud visual, salud auditiva, uso adecuado de los servicios de salud, prevención de accidentes, prevención y rehabilitación de las discapacidades y detección oportuna de enfermedades, entre otros (Ley de Salud del Distrito Federal, 2009: 24).

Esta ley destina un capítulo (XX) al tema de la farmacodependencia, definida como “adicciones”, que abarca los capítulos 82 y 83:

Artículo 82.- La prevención, atención, control y combate contra las adicciones, particularmente del tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia, tiene carácter prioritario. El Gobierno garantizará, a través de la Secretaría, servicios integrales de salud para la atención de las adicciones.

Artículo 83.- El Gobierno, en el ámbito de sus competencias, realizará, entre otras, las siguientes acciones para la ejecución de sus obligaciones en materia de adicciones, especialmente tabaquismo, alcoholismo y farmacodependencia:

I. Establecer unidades permanentes de atención o servicios para la atención médica y de rehabilitación para las personas con alguna adicción;

II. Impulsar medidas intensivas en materia de educación e información de carácter preventivo de las adicciones, dirigidas particularmente a niños, jóvenes y mujeres;

III. Fomentar las actividades cívicas, deportivas y culturales que coadyuven en la lucha contra las adicciones;

IV. En materia de tabaquismo, dictar medidas de protección a la salud de los no fumadores, de conformidad a las disposiciones aplicables, como la Ley de Protección a la Salud de los No Fumadores;

V. Promover la investigación y la difusión de sus resultados y recomendaciones en materia del combate contra las adicciones;

- VI. Proponer, a las autoridades federales correspondientes, medidas preventivas y de control de las adicciones en materia de publicidad;
- VII. Coordinarse con la Secretaría Federal, en el marco del Sistema Nacional de Salud, para el desarrollo de acciones contra las adicciones y de conformidad a los convenios respectivos;
- VIII. Promover la colaboración de las instituciones de los sectores público, social y privado, así como de los profesionales, técnicos y auxiliares para la salud y de la población en general, en materia de adicciones, así como para la atención médica de las personas afectadas por éstas,
- IX. Coadyuvar con las autoridades federales competentes en la vigilancia y supervisión de los establecimientos especializados en adicciones,
- X. Celebrar convenios con la Subsecretaría de Sistema Penitenciario de la Secretaría de Gobierno para la capacitación de personal, con la finalidad de que cuenten con los conocimientos necesarios para impartir pláticas informativas relativas a la prevención y atención de las adicciones a las personas que cometan infracciones por conductas relacionadas con el consumo de alcohol, drogas o enervantes, sancionadas por la Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal o por el Reglamento de Tránsito Metropolitano, durante el tiempo en que dure el arresto impuesto, y
- XI. Las demás que le establezcan las disposiciones legales aplicables (Ley de Salud del Distrito Federal, 2009: 26-27).

Por otra parte, esta ley señala en el artículo segundo del “Decreto por el que se reforma el artículo 11 de la ley de cultura cívica del distrito federal y se reforma el artículo 83 de la *Ley de Salud del Distrito Federal*”:²³⁸

(...) La Secretaría de Salud del Distrito Federal, en tanto no se apliquen los convenios señalados en el presente Decreto, tomando en cuenta la disposición del personal requerido para dicha actividad, brindará las pláticas informativas relativas a la prevención y atención de las adicciones a las personas que comentan infracciones por conductas relacionadas con el consumo de alcohol, drogas o enervantes, sancionadas por la Ley de Cultura Cívica del Distrito Federal o por el Reglamento de Tránsito Metropolitano (Ley de Salud del Distrito Federal, 2009: 59).

²³⁸ Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 16 de noviembre de 2010.

Normas

Las Normas Oficiales Mexicanas²³⁹ que ha establecido el gobierno en torno al tema de la farmacodependencia, también se derivan del artículo 4º constitucional y de la *Ley General de Salud*, que contiene la mayoría de las disposiciones relacionadas con la reducción de la demanda, todas ellas vinculadas a la prevención, tratamiento e investigación en salud (Souza y Machorro, 2007).

Siendo la más importante la *Norma Oficial Mexicana para la Prevención, Tratamiento y Control de las Adicciones* (NOM-028-SSA2-2009). La cual se aplica a aplica a nivel nacional y tiene carácter obligatorio. La Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) es el organismo encargado de verificar, de acuerdo a los lineamientos establecidos, el cumplimiento de esta norma (CICAD, 2006).

El objetivo de esta norma es establecer los procedimientos y criterios para la atención integral de las adicciones, además es de observancia obligatoria en todo el territorio nacional para los prestadores de servicios de salud del Sistema Nacional de Salud y en los establecimientos de los sectores público, social y privado que realicen actividades preventivas, de tratamiento, rehabilitación y reinserción social, reducción del daño, investigación, capacitación y enseñanza o de control de las adicciones.

²³⁹ Para la Prestación de Servicios de Salud en Unidades de Atención Integral Hospitalaria Médico-Psiquiátrica (NOM-025-SSA2-1994);
La del Expediente Clínico (NOM-168-SSA1-1998) y
Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, VIH (NOM-010-SSA2-1993).
La NOM-017-SSA2-194, para la Vigilancia Epidemiológica
La NOM-030-STPS-2009, Servicios Preventivos de Seguridad y Salud en el Trabajo-Funciones y Actividades.

5.4. Instituciones que han abordado el problema de la farmacodependencia en nuestro país

En nuestro país, las primeras respuestas asistenciales al fenómeno de la farmacodependencia con relación a la política de reducción de la demanda, se produjeron aisladamente y sin ningún tipo de coordinación entre los escasos recursos disponibles en aquel momento (Sánchez y Tomás, 2001).

En 1969, *Centros de Integración Juvenil* (CIJ), -asociación civil no lucrativa incorporada al Sector Salud- surgió como un grupo organizado por la comunidad que se encontraba preocupada por las consecuencias negativas que en ese momento ya se asociaban a este fenómeno, al igual que sucedió con los grupos de ayuda mutua. Se fundó con el objetivo de:

Atender el consumo de drogas entre los jóvenes, que en aquel entonces era apenas un incipiente problema de salud pública (...) y se concretó con el establecimiento del Centro de Atención para Jóvenes Drogadictos, que más tarde sumó esfuerzos de diversos organismos y personas, entre ellas autoridades federales, y de la comunidad en general” (CIJ, 2011a, versión disponible *on line*).

En la década de los años sesenta y setenta, se estableció una distinción entre la figura del narcotraficante considerado como “delincuente” y la del usuario de sustancias psicoactivas caracterizado como “enfermo” (González, 1987). No es coincidencia que durante la década de los años setenta, en nuestro país se establecieran intervenciones desde un enfoque médico sanitario para los usuarios de sustancias psicoactivas que presentaban un consumo problemático o dependiente. Pues fue el momento en que se generó un cambio de percepción con respecto al consumo de drogas –proveniente principalmente de Estados Unidos-, y se le consideró como un problema de salud que creaba dependencia psicológica y/o física, por lo que exigía una solución médica-psicológica, a diferencia de décadas anteriores en el que se le juzgaba como un “vicio castigable” que merecía una respuesta penal (Del Olmo, 1989).

La existencia de una representación social que concebía a la farmacodependencia como un problema de salud, determinó que en 1972 la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA) creara el Centro Mexicano de Estudios en Farmacodependencia (CEMEF) que posteriormente se transformaría en el Centro Mexicano de Estudios en Salud Mental y cuyas funciones años más tarde (1979) serían absorbidas por el Instituto Mexicano de Psiquiatría (IMP), que actualmente es el Instituto Nacional de Psiquiatría “Dr. Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRF) (SSA, 2007a). Al respecto, la Dra. María Elena Medina Mora (2012) comenta que “en los setentas era común recomendar que no se invirtiera en el tratamiento de personas con dependencia a sustancias, porque eran muy difíciles de recuperar, sin embargo México siempre invirtió en tratamiento”.

Debido a que en la década de 1980, la farmacodependencia comenzó a representarse como un “problema grave de salud pública” por el aumento en los niveles del consumo y las consecuencias sociales negativas asociadas al mismo (SSA, 1998), así como de la presencia cada vez mayor del narcotráfico, se consolidó el papel de organizaciones como Centros de Integración Juvenil, así como de los grupos de ayuda mutua y de las clínicas privadas que trataban esta problemática.

En este sentido tampoco es casual que durante esta década, que coincidía con los años de la administración de Ronald Reagan, se impulsaran considerablemente en América Latina las acciones tendientes al control de la oferta relacionadas con el narcotráfico (Del Olmo, 1997). Por lo que no sólo en el interior de las instituciones de salud y de educación surgieron programas específicos que impulsaron acciones de prevención y tratamiento, sino más importante aún en las de justicia, como fueron:

Los Programas Nacionales para el Control de Drogas, coordinados por la Procuraduría General de la República y que agrupan a diversas instituciones que trabajan en dos vertientes: 1) la prevención del uso indebido de drogas y el tratamiento a las personas afectadas, y 2) el combate al narcotráfico (SSA, 2007a:13).

A partir de 1982, el gobierno mexicano incorporó al Plan Nacional de Desarrollo, la prioridad de la salud como uno de los objetivos principales de la administración, por tanto, en febrero de 1983 se incorporó al texto constitucional, el derecho a la protección de la salud, enmienda constitucional que estableció y aseguró la protección de la salud como fundamento del Sistema Nacional de Salud (Díaz, 2006). Por lo que en 1984, en el marco de la *Ley General de Salud*, por primera vez se reconoció a la farmacodependencia como un asunto de salubridad general, y dentro del Programa Nacional de Salud 1983-1988 se estructuró el primer “Programa contra las Adicciones”, dando lugar a la creación del *Consejo Nacional contra las Adicciones* (CONADIC), en 1986 por decreto presidencial (SSA, 1998).

Fue con la creación del CONADIC que se comenzaron a establecer acuerdos de coordinación con las entidades federativas y se inició el establecimiento en los estados por medio de decreto de los Consejos Estatales contra las Adicciones y derivado de ello, los Comités Municipales contra las Adicciones²⁴⁰ (SSA, 2007a). Además, a mediados de la década de los años ochenta comenzaron a ponerse en marcha recursos desde el sistema público y aparecieron centros públicos dependientes de planes autonómicos y municipales que intentaban ofrecer cobertura a esta problemática emergente de salud (Sánchez y Tomás, 2001).

²⁴⁰ “Los Consejos Estatales y Comités Municipales contra las Adicciones son órganos colegiados de coordinación y concertación en los que se establecen acuerdos para impulsar la atención a las adicciones, contando con la participación de instituciones y organismos públicos, privados y sociales. La conformación de estos consejos y comités responde a las necesidades específicas de cada entidad, pero conservando bases comunes de operación, entre las que destacan: i) estar presididos por la máxima autoridad política local (gobernador o presidente municipal); ii) el Secretario de Salud estatal funge como Coordinador Ejecutivo y, a nivel municipal, el Regidor de Salud; iii) deben integrarse por Secretarios Técnicos, que pueden ser profesionales o funcionarios del área de salud que dependen directamente del Secretario de Salud, del gobernador del Estado y, en el caso de los Comités Municipales, por el presidente municipal, y iv) los Consejos y Comités deben contar con vocales que se incorporarán a grupos de trabajo y subcomités. Dichos Consejos y Comités tienen el compromiso de instrumentar las políticas nacionales en materia de adicciones, instruidas por la Secretaría de Salud” (SSA, 2006 versión disponible *on line*).

Sin embargo, la crisis económica por la que atravesaba nuestro país durante ese periodo influyó en la capacidad de respuesta estatal, por lo que la atención para el tratamiento y la reinserción social de las personas con algún problema en su consumo de sustancias psicoactivas estuvo a cargo fundamentalmente de asociaciones civiles y grupos de ayuda mutua (París, Pérez y Medrano, 2009). Para la década de los años noventa, las representaciones sociales asociadas al tema de la farmacodependencia, determinaron que los farmacodependientes fueran considerados como portadores de la “enfermedad” y en otros casos infectados por la misma, ya que en este periodo se dio un aumento en los casos de VIH vinculado al consumo de drogas inyectables.

Debido a que se generó una preocupación social por la “curación” de los farmacodependientes, diversas iniciativas legislativas empezaron a plantear la necesidad de buscar alternativas a la prisión como modelo de respuesta a este fenómeno, surgió así la comunidad terapéutica. Todo esto, por supuesto, sin abandonar la respuesta penal que, al contrario, tendió a endurecerse cada vez más, ya que se difundió ampliamente la imagen del farmacodependiente que delinque para atender su necesidad de consumir la sustancia psicoactiva o de dinero para obtenerla (González, 1987). Por tal motivo, en el Programa de Reforma del Sector Salud, correspondiente al periodo 1994-2000, la prevención del consumo perjudicial de sustancias psicoactivas, fueran lícitas o ilícitas, y la disminución de los problemas asociados con dicho consumo se consideró como una de las prioridades dentro de los programas de salud (SSA, 1998).

Pero fue hasta 1997 que la farmacodependencia se incluyó entre las prioridades de atención en la Secretaría de Salud. De acuerdo con dicha institución, esto se debió al daño directo que dicho fenómeno causaba en la salud, tanto de quienes las consumían como de su familia y sociedad, además de la carga económica que representaba para su atención en los servicios de salud (SSA, 2007a). Por lo que

en el Plan Nacional de Desarrollo correspondiente a ese periodo (1994-2000), el gobierno federal consideró a las adicciones²⁴¹ como uno de los nuevos problemas de salud originados por los cambios en los estilos de vida (SSA, 1998). Y se estableció un “Programa Nacional para el Control de Drogas”, el cual proponía una estrategia completa para enfrentar la problemática planteada por el consumo indebido de sustancias psicoactivas.

Dicha estrategia consistía, por una parte en la puesta en marcha de un modelo integrado que consideraba tanto a las sustancias lícitas –alcohol y tabaco- como a las ilícitas. Mismo que provenía de un enfoque médico sanitario (agente-consumidor-ambiente) y que contemplaba medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria. Así como mantener un diagnóstico, moderar la disponibilidad de sustancias y desarrollo de programas de intervención temprana y tratamiento para problemas generados por el síndrome de dependencia y por la intoxicación (Medina, 2012). Encomendando expresamente la prevención y la reducción de la demanda a la Secretaría de Salud y a la Secretaría de Educación Pública (SSA, 1998).

Por otra parte, este Plan Nacional de Desarrollo proponía estrategias de legislación y combate al narcotráfico, definiendo los objetivos, estrategias y líneas de acción con las que participaban diversas dependencias del sector público en lo que se refiere al control de la oferta (SSA, 2007a). Mientras que el Programa de Reforma del Sector Salud perteneciente al mismo periodo, se planteaba “transformar y modernizar el sistema actual” haciéndolo “más eficiente, con el fin de afrontar los retos epidemiológicos y demográficos existentes y emergentes del país” (SSA, 1998). En el cumplimiento de ese propósito, en 1997 la Secretaría de Salud puso en marcha “una profunda transformación estructural a través del proceso de descentralización de los servicios de salud para la población abierta de

²⁴¹ Como ya se mencionó con este término la Secretaría de Salud hace referencia al fenómeno de la farmacodependencia.

los estados” (SSA, 1998) y creó la Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades.

En 1998, el Programa de Prevención y Control de Adicciones²⁴² se incorporó dentro de los doce programas sustantivos del Sector Salud. El CONADIC fue responsable de la elaboración y seguimiento de este programa, además le proveyó el marco conceptual, contenidos, instrumentos y capacitación a los Servicios Estatales de Salud, quienes estaban a cargo de la operación de las acciones de dicho programa en todo el país (SSA, 1998). Lo anterior, supuestamente era reflejo del marco conceptual del gobierno mexicano, que ubicaba al fenómeno de la farmacodependencia como problema prioritario de salud pública.

A finales de esa administración (1994-2000), el CONADIC fue dotado de mayor jerarquía al ubicar a su titular con la figura de Comisionado, con rango administrativo de Subsecretario. Sin embargo y debido a la gran diferencia de recursos asignados para la reducción de la demanda comparados con el apoyo otorgado a las acciones vinculadas al control de la oferta (en una proporción estimada por la Organización de Estados Americanos de 1 a 16), a mediados de la administración 2000-2006 se redujo el nivel alcanzado en el organigrama de la Administración Pública Federal, para quedar nuevamente con una estructura similar a una Dirección General, lo que restringió su margen de acción (SSA, 2007a).

A partir del año 2002, la *Procuraduría General de la República*, la cual es la autoridad nacional responsable de coordinar la política nacional de control de

²⁴² Dicho Programa incluía “de manera integral, una serie de estrategias dirigidas a contar con información que permitía el diagnóstico de la situación, la coordinación de las acciones y la evaluación de resultados, además de la actualización de los ordenamientos legales para mantener un control más eficiente de la disponibilidad de sustancias psicoactivas, principalmente aquellas de tipo legal y mejorar la calidad de los servicios que se ofrecían” (SSA, 1998).

drogas,²⁴³ llevó a cabo el “Programa Integral de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad”, de aplicación en todas las entidades federativas. Entre sus actividades fundamentales se encontraba la promoción e integración de los Grupos de Prevención Juvenil (GPJ), conjunto plural de jóvenes entre 12 y 29 años, que buscaba ser un movimiento de estructura alternativa para que éstos se involucren en acciones preventivas de las conductas delictivas y la farmacodependencia (Peñaloza, 2007).

Además, el Poder Ejecutivo Federal, a través de la PGR, aprobó en noviembre de 2002 el “Programa Nacional para el Control de Drogas 2001–2006” (PNCD). El PNCD contempla acciones en los ámbitos de reducción de la demanda, reducción de la oferta, programas de desarrollo relacionados con la prevención o reducción del cultivo de ilícitos, producción y tráfico de drogas, medidas de control, observatorio de drogas, cooperación internacional, lavado de activos, evaluación de programas y la atención a delitos conexos (CICAD, 2006).

Una mención especial merecen los servicios proporcionados por los “Centros 24 horas”, que a pesar de la controversia que generan son frecuentemente utilizados por determinados sectores de la población.

En nuestro país, de acuerdo con la *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009* (SSA, 2009a), se reconocen cuatro modelos de tratamiento: el modelo profesional,²⁴⁴ el de ayuda mutua,²⁴⁵ el mixto²⁴⁶ y otra gran variedad de opciones,

²⁴³Desempeña esta función a través del Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia (CENAPI). “El CENAPI fue creado el 25 de junio de 2003, de acuerdo al Reglamento de la Ley Orgánica de la Procuraduría General de la República. El CENAPI coordina el desarrollo de acciones en las siguientes áreas: reducción de la demanda, reducción de la oferta, programas de desarrollo alternativo, integral y sostenible medidas de control, cooperación internacional y evaluación de programas, y adicionalmente, el área de delitos conexos” (CICAD, 2010: 5).

²⁴⁴Es el servicio de atención que brindan los profesionales de la salud, a través de consulta externa, consulta de urgencias (servicio de urgencias) y hospitalización, entre otros (SSA, 2009a: 9).

colocados en una categoría denominada: modelos alternativos²⁴⁷. La norma oficial establece además, las condiciones mínimas para que los centros que brinden atención residencial operen en conformidad con sus objetivos, ofreciendo servicios de calidad y en un marco de respeto a los derechos humanos.

De acuerdo con la *Ley General de Salud*, la norma oficial establece que los tratamientos de este tipo no deben ser obligados, salvo en algunas excepciones y bajo ciertas condiciones:

El ingreso en forma involuntaria se presenta en el caso de los usuarios que requieren atención urgente o representan un peligro grave e inmediato para sí mismos o para los demás. Requiere la indicación de un médico y la solicitud de un familiar responsable, tutor o representante legal, ambas por escrito. En caso de extrema urgencia, el usuario puede ingresar por indicación escrita del médico a cargo del establecimiento. Todo internamiento involuntario deberá ser notificado por el responsable del establecimiento al Ministerio Público de la adscripción, en un plazo no mayor de 24 horas posteriores a la admisión.

5.3.3 El ingreso obligatorio se lleva a cabo cuando lo solicita la autoridad legal competente, siempre y cuando el usuario lo amerite de acuerdo con el examen médico que le sea practicado.

5.3.4 Tratándose de un menor de 16 años, sólo se le ingresará cuando existan programas y espacios adecuados e independientes, de acuerdo con la edad y sexo, de lo contrario deberá ser referido a los establecimientos encargados de la atención a menores (SSA, 2009a: 13).

Sin embargo, y esto es de conocimiento popular –incluidas las autoridades del sector salud, responsables de la aplicación de la norma 028- existe un gran número de agrupaciones que se inscriben en el modelo residencial, que a solicitud de algún familiar realizan el internamiento obligado del usuario. El caso más

²⁴⁵ Es el servicio que se ofrece en las agrupaciones de adictos en recuperación, utilizando los programas de ayuda mutua (ibídem).

²⁴⁶ Es el tratamiento ofrecido por ayuda mutua y el modelo profesional (Ídem).

²⁴⁷ Son aquéllos que brindan servicios de tratamiento a través de diversas técnicas y métodos sin poner en riesgo la integridad física y psicológica del usuario, y que son diferentes a los de la medicina alopática (SSA, 2009a: 9).

notorio son los “Centros 24 horas”, inspirados en el programa de Alcohólicos Anónimos,²⁴⁸ fundados por “adictos en recuperación”, que ofrecen un espacio de internamiento para lograr la desintoxicación y/o la rehabilitación, a base del uso de técnicas que muchas veces trasgreden los derechos humanos y que atentan contra la integridad emocional y física de los usuarios (De San Jorge, 2008).

Estos centros han respondido a la incapacidad del sistema de salud pública para abordar el problema de la farmacodependencia²⁴⁹ y a pesar de lo cuestionables o legales que puedan ser sus procedimientos,²⁵⁰ y que operan al amparo de la necesidad social que atienden, son centros que, en algunos casos y contra todo pronóstico, registran resultados positivos y brindan a muchos consumidores problemáticos o dependientes “la oportunidad de continuar con vida” (García de León, 2011).

Tales centros, al igual que los grupos de ayuda mutua, han significado una respuesta, no sólo a las carencias permanentes en los servicios institucionales dedicados a la atención de la farmacodependencia, sino a la crisis de los sistemas tradicionales de apoyo informal, como la familia, la comunidad, así como la

²⁴⁸ Souza y Machorro (2007) establece las principales características de tales grupos es que no proporcionan atención profesional médica, por lo tanto, no sólo incumplen con la normatividad en salud, sino que presentan una filosofía divergente a los conocimientos científicos, además de que llevan a cabo intervenciones subjetivas sin técnica ni método psicoterapéutico y utilizan un modelo educativo informal (sentido común), sin realizar prevención, evaluación científica, ni investigación. Lo cual genera que mantengan una visión anacrónica que generaliza y sobre simplifica este fenómeno, sin considerar conocimientos actuales sobre cuestiones biomédicas o neurofisiológicas, sobre todo aquellas relacionadas con el síndrome de abstinencia. Asimismo, el seguir un modelo moral en el que el tratamiento se basa en la indoctrinación (“12 pasos y 12 tradiciones”), el dar recomendaciones generales como guía, el castigo y la utilización de terminología propia, no comparativa, semántica paracientífica (“tocar fondo”) y del misticismo y lenguaje popular (no técnico), favorece la creación y/o mantenimiento de estereotipos en torno al fenómeno de la farmacodependencia.

²⁴⁹ Según el Programa de Acción Específico 2007-1012. Prevención y Tratamiento de las Adicciones de la Secretaría de Salud, existe un desequilibrio de 16 a 1 en la inversión de recursos públicos destinados a la prevención y tratamiento de este fenómeno (SSA, 2007a).

²⁵⁰ Pues aunque se basan en los 12 pasos, las 12 tradiciones, las juntas de desahogo, algunos también incorporan métodos poco convencionales como golpes, humillaciones, burlas y vejaciones.

religión, los cuales muchas veces juzgan a este fenómeno como un “vicio” o una conducta antisocial. Por lo que tales centros permiten que el ciudadano común encuentre ayuda “sin depender de la maquinaria profesional y burocrática” (Rosovsky, 2009:14).

Aunque no se cuenta con datos precisos sobre cuántas personas han sido beneficiarios directos de las intervenciones proporcionadas por los centros de 24 horas, así como por los grupos de ayuda mutua, la creencia popular considera que éstos obtienen resultados más eficaces que los logrados por la atención profesional e institucional.

A pesar de que en estos centros no se sigue la norma oficial 028, ni lo establecido por la *Ley General de Salud*, la población –sobre todo de escasos recursos-, acude en busca de ayuda porque logran contener el problema de farmacodependencia en jóvenes y adultos. Más importante aún es el hecho de que estos centros cobran cuotas que van desde las cooperaciones voluntarias hasta los 400 pesos al mes,²⁵¹ mientras que las clínicas privadas de desintoxicación cobran alrededor de 70,000 pesos en el mismo lapso.²⁵²

Si tomamos en cuenta que el salario mínimo diario máximo es de \$62.33²⁵³ y que tal sólo en el periodo de 2008-2010 creció el número de pobres en nuestro país de

²⁵¹ Información proporcionada por el Centro de Orientación Telefónica de la Secretaría de Salud, junio de 2012.

²⁵² Información proporcionada por el Centro de Orientación Telefónica de la Secretaría de Salud, junio de 2012. Oceánica, “único Centro en Latinoamérica con tecnología de tratamiento desarrollado por el Betty Ford Center para la atención profesional del alcoholismo y otras adicciones”, no da información detallada sobre el costo del tratamiento, pero establece en su página de internet que “el costo de no ser tratado es mucho mayor al costo de un tratamiento”. <http://www.oceanica.com.mx/tratamiento.html>

²⁵³ De acuerdo a la definición de la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos, el salario mínimo es la cantidad menor que debe recibir en efectivo el trabajador por los servicios prestados en una jornada de trabajo. El Salario Mínimo varía en función a su área geográfica, existiendo tres zonas: A, B y C. El Salario mínimo en México en el 2012 por área geográfica vigente a partir del 1 de enero de 2012 establecido por la Comisión Nacional de los Salarios Mínimos mediante resolución

acuerdo con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL),²⁵⁴ y el Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (CONEVAL),²⁵⁵ se entenderá el motivo por el que principalmente es la población de recursos económicos limitados la que acude en busca de los servicios de tales centros.

De acuerdo con Alejandro Sánchez, director de Prevención de los Centros de Integración Juvenil, existen alrededor de 2000 centros de ayuda mutua, aunque existen cálculos de que en México hay unos 14,000 grupos de ayuda mutua o asociaciones que operan inspiradas en el programa AA y atienden el problema de la farmacodependencia bajo su sistema tradicional y de 24 horas. Algunos de los centros de 24 horas, reconocidos por el CONADIC incluso son usados por el gobierno para canalizar a farmacodependientes detectados en sus centros de prevención (en García de León, 2011), lo cual se relaciona con la insuficiencia de recursos materiales, económicos y humanos dedicados al tratamiento de la farmacodependencia en nuestro país.

Con base en lo expuesto, es posible advertir que en nuestro país las representaciones sociales en torno al tema de la farmacodependencia vinculan este fenómeno sí con la enfermedad, pero más importante aún con la delincuencia²⁵⁶ y el crimen. Lo cual históricamente ha determinado que en nuestro

publicada en el Diario Oficial de la Federación es de: Área geográfica A: 62.33 pesos diarios. Área geográfica B: 60.57 pesos diarios. Área geográfica C: 59.08 pesos diarios.
http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/asistencia_contribuyente/informacion_frecuente/salarios_minimos/default.asp

²⁵⁴ “Durante 2010, 36.3 de cada cien mexicanos estuvieron en condiciones de pobreza, cifra superior a la registrada en 2008, cuando la tasa de pobreza era de 34.8%” (Cruz, 2011).

²⁵⁵ Las cifras del número de pobres aumentó de 48.8 millones de pobres en 2008 a 52.0 millones en 2010 (CONEVAL, 2011).

²⁵⁶ Como ya se mencionó anteriormente, a pesar de que en la percepción de un gran sector de la población, existe una relación causal entre el consumo de sustancias psicoactivas, sobre todo de tipo ilícito, y criminalidad, la realidad es que la mayor parte de los delitos que se cometen son consecuencia de una gran variedad de factores, tanto personales, como circunstanciales, culturales y económicos. De manera que la presencia del consumo de sustancias psicoactivas constituye un

país se sigan dos tipos de políticas públicas principalmente: el control de la oferta y la reducción de la demanda, con base en los lineamientos establecidos por la Organización de las Naciones Unidas²⁵⁷ y la Organización Mundial de la Salud²⁵⁸ respectivamente.

Si bien, en los acuerdos internacionales en los que ha participado México se menciona, con diversos grados de énfasis, la importancia de la reducción de la demanda y las acciones que nuestro país se compromete a realizar en materia de prevención del consumo, de educación y de tratamiento de los usuarios con un problema en su consumo de sustancias psicoactivas, ha sido evidente que se le ha adjudicado un peso mucho mayor a las acciones de control de la oferta (SSA, 2007a).

El resultado ha sido que las actividades de represión que buscan reducir la disponibilidad de sustancias psicoactivas de tipo ilícito y castigar a los responsables de su producción y distribución, han consumido la mayor parte de los recursos materiales y humanos y han sustentado la política internacional así como la del Estado mexicano (De San Jorge, 2008). Impidiendo que otro tipo de acciones, como lo es el caso del modelo de reducción de riesgos y daños²⁵⁹

factor, entre muchos otros, en la realización de conductas delictivas. Además, cabe recordar que no existen suficientes estudios que demuestren una relación directa entre ambas variables.

²⁵⁷ “Consecuentes con nuestra responsabilidad ante la Organización de las Naciones Unidas, expresada en la Declaración de Principios Rectores para la Reducción de la Demanda de Drogas, la presente Administración Federal ha otorgado la máxima relevancia a los esfuerzos para prevenir y tratar los problemas asociados a la oferta y la demanda de sustancias adictivas, en la cual se expresa el más alto compromiso político para combatir este problema con la participación activa y la coordinación estrecha entre las Secretarías de Salud, de Educación Pública, de Desarrollo Social y de Seguridad Pública, entre otras, así como con la Procuraduría General de la República, a fin de resguardar y mantener el respeto al Estado de Derecho y a la seguridad pública” (SSA, 2011: 11).

²⁵⁸ “Los distintos sistemas de tratamiento profesional para las adicciones que operan en el mundo (...) construyen y orientan sus programas de reducción de la demanda de consumo aplicando las acciones recomendadas por los comités de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la materia” (Souza y Machorro, 2007: 208).

²⁵⁹ Esta postura establece que “todo uso no conlleva daño y que algunas intervenciones para reducir el uso ocasionan más daño que bien, por lo que el centro de atención debe estar en el daño y no en

implementado en países europeos, formen parte de la política oficial de nuestro país.²⁶⁰

el uso *per se*” (Heather, Wodak, Nadelman y O’Hare, 2004: 86). Los apelan por esta postura buscan una opción más viable que la política prohibicionista, mediante la disminución de “las consecuencias adversas, sanitarias, sociales y económicas, del uso de drogas psicoactivas (drogas controladas, alcohol, drogas farmacéuticas), tanto sobre los consumidores como sobre sus familias y sus comunidades” (Blickman y Jelsma, 2009).

²⁶⁰Lo más que se ha hecho en este aspecto es la implementación de programas de sustitución de metadona y de intercambio de agujas en los estados de la frontera norte (ibídem).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

Como ha sido posible advertir, a lo largo de la historia, las sustancias psicoactivas y su consumo han sido concebidos de diversas maneras, pero una vez que las representaciones de crimen y enfermedad vinculadas al fenómeno de la farmacodependencia se impusieron como dominantes, se establecieron prácticas institucionales fundamentadas en supuestos que consideran que las sustancias psicoactivas enumeradas en las listas de las convenciones internacionales de la Organización de las Naciones Unidas de 1961 y 1971, mejor conocidas como drogas ilegales o de tipo ilícito, son causa de problemas no sólo de salud, sino sociales y políticos.

Estas representaciones en torno al tema de la farmacodependencia, al ser socialmente elaboradas y compartidas han permitido por una parte, que los individuos que componen el grupo social posean una explicación sobre dicha problemática y actúen en concordancia con la misma, lo que les permite mantener su cohesión como sociedad.²⁶¹ Por otra, al favorecer el desarrollo e instrumentación de acciones que abordan este fenómeno desde el ámbito médico y jurídico principalmente, han determinado la forma en que los profesionales de distintas disciplinas representan a los usuarios de sustancias psicoactivas y cómo los propios consumidores son representados por sí mismos y por los otros integrantes del grupo social en el cual se encuentran insertos.

A pesar de que las representaciones que asocian arbitraria y circularmente “droga-delito-inseguridad” (Inchaurraga, 2001) están basadas en afirmaciones estereotipadas que carecen de sustento objetivo que evidencie una relación directa e indiscutible entre estas variables, son las que más han permeado el

²⁶¹ Ya que son un conocimiento socialmente creado que permite la construcción de la realidad de un conjunto social específico, proveen a sus integrantes de un entendimiento común.

imaginario social. Imponiendo un discurso dominante ²⁶² que ha dificultado el surgimiento de perspectivas alternativas en torno a este fenómeno, así como en relación a la figura del farmacodependiente y al concepto droga²⁶³ (Gómez, 2009).

Vinculando frecuentemente la problemática de la farmacodependencia con conductas marginales e ilícitas, en particular aquéllas que implican violencia contra las personas, criminalidad patrimonial (Figueiredo, 1995) y corrupción ligada al comercio de las sustancias sometidas a fiscalización internacional. Situación que no ocurre con otras sustancias cuyo consumo es tolerado socialmente (como el alcohol, el tabaco o los fármacos).²⁶⁴ Omitiendo que las cifras de la violencia más que relacionarse con el consumo *per se* de tales sustancias, en realidad tienen que ver con el crimen organizado (Guerrero, 2012). Además, que no todos los consumidores son violentos y se involucran en cuestiones de tráfico ilícito, lo que significa que no hay una relación directa entre consumo, tráfico ilícito y violencia (Hope, 2012).²⁶⁵

²⁶² En el que es común encontrar frases como: “el uso indebido de drogas también está relacionado con el aumento de la delincuencia y la violencia” (Centro de Información de las Naciones Unidas, 2007, versión disponible *on line*), “la violencia y los crímenes son el resultado del influjo de una sustancia adictiva” (Zavala, 2012), “el consumo y tráfico de drogas dan ímpetu al fenómeno de violencia e inseguridad” (Poiré, 2012).

²⁶³ Convirtiendo al término droga en un referente simbólico, por delante de la mención de cada sustancia psicoactiva en particular; generalización que subraya constantemente la peligrosidad e inmoralidad de este tipo de sustancias, así como de sus usuarios. Lo cual, si bien no tiene sustento científico, sí tiene un fuerte componente ideológico. “La palabra *droga* no es un concepto científico, sino un estereotipo que sirve para estigmatizar al muchacho que se fuma un porro, pero no al ama de casa que se emborracha todas las mañanas, o al ejecutivo metido en el infernal mundo de los barbitúricos para dormir y las anfetaminas al levantarse” (Lamo de Espinosa en Laraña, 1986: 101).

²⁶⁴ “Mientras por una parte se publicita mucho el alcohol y el tabaco como formas de prestigio para satisfacer necesidades de socialización, por la otra se estigmatiza el consumo de drogas y se soslaya el consumo masivo de psicofármacos” (Rementería, 2001: 32). Al respecto Elzo (2001: 79) comenta que “no deja de ser llamativo que mientras las representaciones sociales conceden una gravedad particular a la delincuencia asociada a las drogas ilegales, que en la mayoría de los lugares tiene una incidencia casi exclusiva en delitos contra la propiedad, no se dé esa misma concepción en delitos relacionados con el alcohol que tienen una incidencia mucho mayor en delitos contra las personas”.

²⁶⁵ En torno a esto el Secretario de Gobernación, Alejandro Poiré (2012) indica que recientemente la “violencia ha aumentado por la lucha entre grupos delictivos. Nada tienen que ver las políticas de control de la oferta implementadas por el Estado”.

Sin embargo, a partir de esta representación social negativa del fenómeno de la farmacodependencia y de las actividades relacionadas con las drogas de tipo ilícito, se ha perpetuado la creencia de que reprimiendo tales cuestiones se logrará eliminar los problemas ya mencionados. Con base en este supuesto se ha justificado la implementación de políticas públicas punitivas²⁶⁶ y abstencionistas²⁶⁷ que satanizan a las sustancias ilegales y persiguen a quienes las producen, distribuyen y comercializan (Inchaurraga, 2001) e incluso a quienes las consumen. Convirtiendo al “problema de las drogas” en una cuestión de seguridad pública y nacional, más que en un tema de salud pública que requiere acciones de prevención, tratamiento y rehabilitación.

Una característica de tales políticas es que están determinadas por la idea que pretende, ilusoriamente, eliminar el consumo de las sustancias psicoactivas que se encuentran fiscalizadas por los convenios y agencias internacionales, entiéndase Organización de las Naciones Unidas y Organización Mundial de la Salud. Convirtiendo su cultivo, producción, fabricación, distribución, comercio y consumo en un delito y a los consumidores en transgresores de la ley o en el mejor de los casos en enfermos, cuya única salida es la abstención total del consumo de la droga (Romaní, 2008). De lo contrario tienen grandes posibilidades de terminar en la cárcel, en el hospital psiquiátrico o incluso, como lo mencionan Astolfi *et al* (1989), en el cementerio.

Apoyándose en el argumento de que el Estado tiene como obligación regular el consumo de las sustancias psicoactivas fiscalizadas –pues debe responsabilizarse

²⁶⁶ Al asociarse con el crimen se le destina un mecanismo de control legal que pretende la represión de las actividades relativas a la producción, tráfico, distribución, transporte e incluso posesión de las sustancias psicoactivas denominadas como ilícitas.

²⁶⁷ Desde el ámbito de la salud, se busca la abstinencia del consumo de sustancias psicoactivas, a través del tratamiento médico-psicológico.

por la salud de los ciudadanos-,²⁶⁸ se legitima la imposición de una ley que penaliza una conducta que se considera desviada socialmente (Bravo, 2002). Lo cual es sólo una justificación de la política represiva –resultado de la asociación de este fenómeno con la criminalidad, delincuencia y otras conductas marginales-, que oculta bajo el discurso legal y médico de la protección de la salud pública²⁶⁹ e individual, su intención de ejercer un control social efectivo (Ventre, 2001).

A partir de este argumento, se han implementado leyes que criminalizan este fenómeno por considerarlo el causante de conductas molestas, difíciles o perturbadoras, con lo cual ha aumentado la intolerancia de la sociedad hacia aquellos que se desvían de la norma y que por ende son considerados como una amenaza social (Umbría, 1992). Además, las penas para los narcotraficantes han crecido al ritmo de las campañas alarmistas en torno a los mismos y a la afirmación de que existe una relación directa entre consumo de sustancias psicoactivas ilegales y criminalidad. Esta penalización genera un inconveniente posterior; las estructuras carcelarias se ven desbordadas por sujetos sancionados por delitos relacionados con las sustancias psicoactivas sometidas a fiscalización internacional (Bravo, 2002), incluido el consumo personal.

Con lo cual, no sólo se estigmatiza y criminaliza a los consumidores de sustancias psicoactivas de tipo ilícito acercándolos al sistema de justicia, el cual a través de una “falacia de la norma legal” (Mongin en Gómez, 2009) encubre bajo la “necesariedad del tratamiento” la imposición de una sanción, en la que además de

²⁶⁸ De acuerdo con Carbonell (1986), debido a que la salud pública es un valor comunitario inherente a la idea de la convivencia humana, de una mejor calidad de vida, el Estado debe limitar el mercado de drogas y todas aquellas sustancias susceptibles de alterar la salud pública, controlando el ciclo de la droga desde el cultivo hasta el consumo, pues como integrante de la sociedad se tiene derecho a un estado de salud general más allá de lo individual.

²⁶⁹ La defensa de la salud pública –lo cual no es más que una falsedad del supuesto según el cual el Estado tiene derecho a intervenir en el consumo de drogas ilegales, que es estrictamente privado- se ha apoyado en principios de la Constitución asociados con la protección de la salud individual y colectiva. Sin embargo, la única razón por la cual el Estado puede, con pleno derecho, ejercer su poder sobre sus ciudadanos es evitar que perjudiquen a otros (Espinosa en Laraña, 1986).

castigar la conducta de consumo se busca modelar y normalizar al sujeto que se ha desviado de la norma a través de su reinserción social (Buján, 2001). Sino y más importante aún, se aleja a los consumidores de drogas de tipo ilícito del sistema de salud y de la atención médica y psicosocial que deberían recibir.

En el caso de las políticas públicas pertenecientes al periodo 2006-2012 instrumentadas en nuestro país para atender esta problemática, se observa que se siguió esta misma lógica punitiva y abstencionista. Enfocándose primordialmente en llevar a cabo acciones represivas para controlar la oferta de sustancias psicoactivas, evidentemente de tipo ilegal. Convirtiendo al fenómeno de la farmacodependencia en un asunto de seguridad pública y nacional. A pesar de considerarse un problema de salud pública, las estrategias médico sanitarias, psicosociales y educativas que permitirían reducir la demanda de estas sustancias, tuvieron un papel secundario durante la administración del Lic. Calderón.

El Lic. Felipe Calderón advertía en el año 2010, durante la presentación de la “Estrategia Nacional contra las Adicciones” en Colima, que México pasó de ser un país de tránsito a un país de consumo y que las adicciones representaban uno de los “mayores problemas de salud pública”, además de un problema de seguridad pública:²⁷⁰

²⁷⁰ En el resumen ejecutivo del quinto informe de gobierno se especifica que “el Gobierno Federal, desde el inicio de la actual administración, identificó que el profundo rezago en materia de seguridad en el país había minado la calidad de vida de los mexicanos y que tenía un impacto directo en el desarrollo nacional. La transformación del mercado nacional e internacional de drogas, la mayor disponibilidad de armamento ilegal y el abandono de las instituciones de seguridad y justicia locales, fueron factores que, por años, se conjuntaron para provocar la expansión y diversificación de las actividades de las organizaciones criminales, generando una violenta competencia entre ellas. En estos cinco años, el Gobierno Federal ha asumido con determinación y responsabilidad la lucha por una seguridad auténtica y duradera para las familias mexicanas, con el objetivo de garantizar una convivencia ordenada y tranquila en todo el territorio y de hacer de México un país de leyes e instituciones” (Presidencia de la República, 2011).

Todos debemos ser conscientes de que las drogas enferman y esclavizan a quienes las consumen, las drogas debilitan la voluntad y terminan por destruir a las personas, a las familias, a las comunidades y a los países (...) Y también lo vemos como un problema de seguridad, porque precisamente en la necesidad de obtener recursos para pagar la adicción, nuestras comunidades y nuestros pueblos ven crecientes fenómenos de delincuencia, por el lado de los dependientes (...) Y por el lado de los criminales, vemos también como han diversificado su acción y han pretendido tener un control territorial en algunas regiones del país, que les permita controlar, no sólo el tráfico y la distribución de droga, sino también el secuestro, el robo de autos y otras acciones criminales. Es por eso, amigas y amigos, que está actuando el Gobierno, porque ese es nuestro deber y porque sabemos que somos más, muchísimos más los mexicanos que queremos un futuro mejor, que queremos ver a nuestra Patria libre, segura, limpia, que queremos ver a nuestro México fuerte, que aquellos que se han dedicado a abusar de nuestro país (Calderón, 2010).

Si bien a nivel de discurso oficial se señaló que, en el tema del “combate a las adicciones”, en la administración del Lic. Felipe Calderón se había puesto “la misma determinación²⁷¹ con la que se combate a los criminales y con la misma profundidad con la que se transforma a las instituciones de seguridad y de justicia” (Poiré, 2012).²⁷² En realidad esto es incorrecto, pues los esfuerzos del gobierno del Lic. Calderón para la prevención y tratamiento de los problemas derivados de la farmacodependencia fueron muy inferiores, comparados con el empeño puesto

²⁷¹ En el discurso del mandatario para hablar de la Estrategia Nacional de Prevención de Adicciones en Colima expresaba: “Miren, amigos, la mayor parte del esfuerzo que realiza el Gobierno Federal en su lucha contra el narcotráfico es para rescatar a los niños y a los jóvenes de las garras de las adicciones (...) Lo he dicho y lo repito, no es una lucha fácil, no es una batalla sencilla, no es algo que se arregle rápido ni cómodamente; al contrario, lo digo y lo digo abiertamente a los mexicanos, es una batalla dura, difícil, que nos va a costar recursos económicos, que va a tomar tiempo y por desgracia va a costar, incluso, vidas humanas como ha venido costando. Pero sí les puedo decir, amigas y amigos colimenses, que en esta materia de seguridad y de salud, nada, nada hay más importante como la salud de las niñas y los niños de México, nada hay más importante como la salud de los jóvenes porque ellos son el futuro del país” (Calderón, 2010).

²⁷² Afirmando que su administración destinó en 2011 recursos por más de 4, 700 millones de pesos, “una inversión sin precedentes en nuestro país para conformar una de las redes de prevención, atención y tratamiento de las adicciones más grande de América Latina” (SSA, 2011), lo que “ha logrado que la prevención y el tratamiento de adicciones llegue a lugares donde antes era simplemente inexistente” (Comisión Nacional contra las Adicciones, 2011: 10).

en las estrategias de seguridad pública y nacional para combatir el narcotráfico y con esto supuestamente reducir la oferta de las sustancias de tipo ilícito.

A partir de la llegada del Lic. Felipe Calderón a la Presidencia y su declaración de “guerra al narcotráfico”,²⁷³ lo que fue la principal política de su administración, el peso de este combate lo llevaron las Secretarías de la Defensa Nacional y de Marina, dependencias encargadas de realizar las acciones vinculadas al control de la oferta –vía combate armado-,²⁷⁴ las cuales casi duplicaron su presupuesto anual de 2006 a 2011 (Aranda, 2011). En contraste, los recursos económicos, materiales y humanos asignados tanto a los programas preventivos como de tratamiento –dos extremos completamente opuestos del fenómeno que representa la farmacodependencia-, así como a las instituciones que lo atienden continúan siendo muy menores.²⁷⁵

²⁷³ Pues apenas 11 días después de tomar posesión, el Lic. Felipe Calderón ordenó el primero de seis operativos militares contra el crimen organizado (Patin, 2007). En contraste, las medidas que conformaban la Estrategia Nacional para la Prevención y el Tratamiento de las Adicciones fueron presentadas a mediados de abril del 2007 (SSA, 2008a). Hasta junio de 2008, el Lic. Calderón junto con su esposa –y entonces presidenta del Consejo Ciudadano Consultivo del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)- la Lic. Margarita Zavala, pusieron en marcha la “Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida” (SSA, 2011). Casi tres años después, el 19 de febrero de 2011 dio inicio a la segunda fase de vinculación SEDENA–STCONADIC–CECAS, con la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida en las 32 entidades federativas (SSA, 2011). Y apenas el 7 de marzo de 2011 se formalizó lo que debería constituir una parte vital de la política de salud, pues hasta ese día se crearon, por decreto presidencial, la Comisión Nacional Contra las Adicciones (CONADIC) y el Centro Nacional Contra las Adicciones (CENADIC) (Notimex, 2011). Estas tardanzas en atender uno de los orígenes del redituable negocio que constituye la venta de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, explican una parte del fracaso de la política de control de la oferta seguida durante la presente administración en la “guerra contra las drogas”, para la cual se utilizaron instituciones que constitucionalmente están destinadas a otros propósitos –entiéndase Ejército, Fuerza Aérea y Marina Nacional- convirtiendo a México en un país que pareciera estar en guerra.

²⁷⁴ “Al finalizar el sexenio, esta guerra –cuya justificación es la protección de la seguridad nacional amenazada por la delincuencia organizada, el narcotráfico y la vulnerabilidad de las fronteras-, habrá costado 320 mil 30 millones de pesos. De ese total, las tácticas bélicas habrán consumido 204 mil millones, mientras que las labores de inteligencia apenas alcanzarán los 25 mil millones de pesos” (Flores, 2012).

²⁷⁵ En 2007, el entonces Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, anunciaba que los recursos decomisados y su correspondiente asignación a su dependencia eran importantes para el sector, refiriéndose específicamente a los 205 millones de dólares propiedad de Zhenli Ye Gon,

Según datos de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, por cada peso que en el 2006 se gastaba para reducir la demanda de sustancias psicoactivas en el Continente Americano, se destinaban 16 pesos en actividades de control de la oferta (CICAD, 2006). Si bien, declaraciones oficiales posteriores argumentaban que en el caso de nuestro país esta tendencia se estaba revirtiendo.²⁷⁶ La inversión sigue siendo insuficiente²⁷⁷ para atender las necesidades de la población que presenta esta problemática.

mismos que fueron distribuidos en tres partes iguales, entre la Secretaría de Salud, el Poder Judicial de la Federación y la Procuraduría General de la República. Cada sector recibió 739 millones 738 mil 979 pesos (equivalentes a 68 millones de dólares), así como 5 millones 551 mil pesos, que formaban parte del numerario en moneda nacional decomisados al empresario. Según Córdova Villalobos, la importancia de estos recursos radicaba en que desde el año 2000 se registraba un crecimiento importante en el “problema de adicciones” en México. Sin embargo, afirmó que el dinero asignado a la Secretaría de Salud significaba sólo “un alivio temporal”, ante las necesidades de inversión en materia de prevención y tratamiento en el país, ya que tan sólo para la atención de adictos de tabaco y alcohol se requerían alrededor de 26 mil millones de pesos anuales. “La demanda de atención creció en promedio entre un 15 y 30 %, y la demanda de servicios no había crecido al mismo nivel, cuando se pasó del mono al policonsumo, en general asociando tabaco y alcohol con otro tipo de drogas mucho más complejas” (en Otero, 2007).

²⁷⁶ Durante la presentación de la Estrategia Nacional contra las Adicciones en Colima, el Lic. Calderón declaraba: “Actualmente tenemos presupuestado, gracias al Congreso, 300 millones de pesos para los Centros de Integración Juvenil y 160 millones de pesos más para la prevención y el tratamiento de las adicciones. Y, ahora déjenme decirles otra cosa, como ustedes probablemente se hayan enterado, en esta batalla contra las drogas y el crimen organizado, mi Gobierno recuperó el mayor decomiso de dinero en efectivo, no sólo en México, en la historia del mundo, es decir, 205 millones de dólares y 17 millones de pesos. Y hoy anuncio que cuando menos la tercera parte de ese dinero lo vamos a destinar a la prevención y al tratamiento de las adicciones. Esto quiere decir que si ya teníamos 300 millones para los centros de integración juvenil y 160 más para prevención a eso vamos a más que duplicar la cifra. A esos 400 y pico de millones de pesos le vamos a agregar 750 millones de pesos más para prevención” (Calderón, 2010).

²⁷⁷ A dos años de concluir la presente administración, el entonces Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, reconoció que “los servicios de detección, tratamiento y rehabilitación de adicciones requieren un financiamiento sólido y permanente, pero en México, aunque el tema está entre los prioritarios del sector salud, el aumento de 30% que requiere no está contemplado en el proyecto de Presupuesto de Egresos de la Federación (PEF) 2011. La propuesta del Poder Ejecutivo sólo prevé una asignación similar a lo ejercido en 2010, alrededor de 500 millones de pesos. Admitió que para multiplicar y masificar las acciones de atención a usuarios de drogas como se requiere, tendría que haber más dinero (en Cruz Martínez, 2010)

Asimismo, las acciones que permitirían “reconstruir el tejido social”, con base en mayores oportunidades laborales ²⁷⁸ y educativas, ²⁷⁹ rescate de espacios públicos, ²⁸⁰ escuelas seguras ²⁸¹ y la promoción de la salud por medio del

²⁷⁸ De acuerdo con una nota publicada en mayo del 2012 por la revista Contralínea, “Felipe Calderón Hinojosa, autoproclamado *presidente del empleo*, cierra su administración con más de 8 millones de mexicanos en el desempleo, según información del Centro de Análisis Multidisciplinario (CAM) de la Facultad de Economía de la UNAM, 300 por ciento más que la cifra reportada por el INEGI (que apenas alcanza los 2 millones de *desocupados*). Los estados más afectados por la violencia, son los que presentan el mayor número de desempleados. La informalidad predominó en el sexenio calderonista” (Mendoza, 2012).

²⁷⁹ “Más allá de los temas político y de inseguridad, el siguiente mayor problema de los próximos años es el de las condiciones en que se deja al sistema educativo nacional. De ninguna manera puede constatarse lo que, con gran lujo de cinismo, el actual y transitorio secretario de Educación, José Ángel Córdova Villalobos, con motivo del VI informe de gobierno, consideró que si se evaluara el actual sexenio educativo tendría una calificación de 8 o 9 (...) Puede agregarse a lo anterior que la inversión pública en ciencia y tecnología no rebasó el 0.4% en relación con el PIB (cuando está mandado orientar el 1% como mínimo), la zozobra de las instituciones de educación superior y universidades públicas ante los recortes presupuestales que se vivieron y los que se avecinan, las cifras más altas de rezago escolar que se hayan tenido, el incremento del nivel de analfabetismo en la población adulta, la increíble cifra de más de 30 millones de mexicanos que no cuentan con los mínimos conocimientos para aprovecharlos en beneficio de su bienestar social y laboral, la reproducción de la desigualdad para indígenas, mujeres y pobres, en un sistema que prepara a las mayorías para el trabajo informal y no para una formación inteligente.” (Didriksson, 2012).

²⁸⁰ En los resultados referentes al programa de “Rescate de Espacios Públicos”, la Presidencia de la República, en su Quinto Informe de Gobierno, informa que en 2011 se trabajó en el rescate de 650 espacios, que aunados a los 3 mil 400 recuperados entre 2007 y 2010, sumaron un total de 4 mil 50 espacios públicos que benefician a más de 18 millones de mexicanos. Sin embargo, un artículo de la revista Contralínea publicado en mayo de 2009 indica que de acuerdo con la Auditoría Superior de la Federación “El Programa de Rescate de Espacios Públicos registra irregularidades por más de 130 millones de pesos”. Este mismo artículo expone que el Colegio Mexiquense señala que el proyecto que maneja la Sedesol podría fracasar en la colaboración del combate contra la delincuencia en las metrópolis y ciudades más pobres del país, al no tener diagnóstico ni metas (Ramírez, 2009).

²⁸¹ En marzo del 2010, el secretario de Educación Pública, Alonso Lujambio, reconoció que el programa Escuela Segura no era suficiente para atajar la inseguridad que existía en los centros educativos del país, aunque negó que esta situación fuera generalizada en todos los estados de la república: “No es suficiente, por supuesto”, respondió. “Pero es lo que el sistema educativo mexicano está haciendo para atajar la problemática”, aseguró (en Anabitarte, 2010). Según el quinto informe de gobierno, de 2007 al cierre del ciclo escolar 2010-2011 se habían incorporado al programa Escuela Segura más de 36 mil escuelas en 461 municipios, que benefician a más de 9 millones de alumnos en toda la República Mexicana (Presidencia de la República, Quinto Informe de Gobierno, 2011).

deporte,²⁸² tampoco contaron con el mismo impulso que se dio a las acciones para el control de la oferta.²⁸³

Por lo tanto, la supuesta “preocupación por reducir el problema de las adicciones” por medio de acciones en el ámbito social, las cuales formaban parte de “la estrategia integral de seguridad” establecida por la administración del Lic. Calderón durante el periodo 2007-2012, se dio a nivel de discurso oficial principalmente,²⁸⁴ ya que la política de la “guerra contra las drogas” fue la que recibió el mayor apoyo. Guerra que empezó desde la segunda semana de la administración²⁸⁵ del Lic. Calderón y reconfiguró dramáticamente el panorama nacional delictivo,²⁸⁶ aumentando la violencia relacionada con el tráfico

²⁸² Aunque las declaraciones del gobierno federal señalan que se destinó una inversión sin precedentes en materia de infraestructura con un monto de 3 mil 4 millones de pesos en el 2012, de los cuales 708 millones fueron destinados a “infraestructura deportiva estatal” y 2 mil 496.9 millones de pesos a “infraestructura deportiva municipal” con 545 municipios beneficiados, hasta septiembre de 2012 sólo se habían transferido mil 225.2 millones de pesos (Ochoa, 2012).

²⁸³ “De enero de 2007 a diciembre de 2012, el gobierno federal habrá destinado 320 mil 30 millones de pesos a la preservación de la seguridad nacional, revelan cuatro estudios elaborados por el Centro de Documentación, Información y Análisis de la Cámara de Diputados. El presupuesto que se destina a la principal política pública de la administración de Felipe Calderón Hinojosa, la “guerra” contra el narcotráfico es ejercido por la Presidencia de la República y las secretarías de Gobernación, de la Defensa Nacional y de Marina. Los más de 320 mil millones representan 18.7 veces más la ayuda entregada por Estados Unidos a México por medio de la Iniciativa Mérida (1 mil 300 millones de dólares, y que al actual tipo de cambio asciende a 17 mil 82 millones de pesos); también 54.2 veces más el presupuesto 2012 para el Programa de Infraestructura Básica para la Atención de los Pueblos Indígenas (5 mil 908 millones 327 mil pesos)” (Flores, 2012).

²⁸⁴ En 2011, el Lic. Calderón reafirmó “el compromiso del Gobierno Federal de avanzar con paso firme en el combate a las adicciones y de quienes las provocan, en la lucha por la seguridad, y en evitar que los delincuentes pongan drogas en manos de jóvenes, niños y adolescentes, y dañen de manera fatal su vida” (en Ramírez Marín, 2011).

²⁸⁵ Para lo cual el gobierno de México “desplegó más de 40 000 militares y 5 000 policías federales en 11 estados” (Sagal, 2011).

²⁸⁶ Para 2011, cerca de 48,000 personas habían acaecidos en episodios de violencia supuestamente relacionados con el narcotráfico. Según informes de la Procuraduría General de la República, en los primeros tres trimestres del 2011, casi 13,000 personas murieron. Sin embargo, el número de muertos no incluía las más de 5,000 personas desaparecidas según la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México (CNDH) y tampoco tomaba en cuenta las decenas de miles de niños huérfanos por la violencia (Fantz, 2011).

transnacional,²⁸⁷ los mercados de protección ilegal (extorsión)²⁸⁸ y el narcomenudeo.²⁸⁹

Es así que el “gran interés” por atender el fenómeno de la farmacodependencia desde un enfoque integral, enfatizando la realización de estrategias en el ámbito de la salud, así como en el social, manifestado por la administración del Lic. Calderón, no se vio correspondido con acciones claras y congruentes en estos aspectos. Sin embargo, la policía, el Ejército, la Fuerza Aérea y la Marina se fortalecieron en un intento desesperado por tomar medidas que configuraron un Estado en donde la violencia y la violación de derechos civiles y humanos parecieron ser la norma.

La representación social del fenómeno de la farmacodependencia como un problema de seguridad pública y nacional ha generado un enorme costo sanitario y social para nuestro país, ya que las acciones destinadas para controlar la oferta de tales sustancias por medio del combate armado en contra del narcotráfico

²⁸⁷ “Esta violencia se observa esporádicamente a lo largo de las rutas de tráfico, pero se concentra en las ciudades de la frontera norte. En promedio, de 2008 a 2011 la tasa anual de ejecuciones fue cuatro veces superior en los 37 municipios de la frontera norte que en el resto del país (46 y 11 ejecuciones por cada 100 mil habitantes, respectivamente)” (Guerrero, 2012). Según Maldonado (2012:29) “los atentados perpetrados contra el gobierno estatal se dan en actos simultáneos, como las siniestras decapitaciones entre los narcotraficantes rivales, los ajustes de cuentas con las policías corruptas y entre los propios distribuidores”. A partir del 2011, “en Chihuahua, Sinaloa y Baja California disminuyen ejecuciones en relación con 2010, pero aumentan drásticamente en Nuevo León, Guerrero, Estado de México, Jalisco, Coahuila, Tamaulipas y Veracruz”. A esto se le denomina “efecto cucaracha” (Mendoza Hernández, 2012).

²⁸⁸ El aumento súbito de la violencia desde 2008 ha propiciado la proliferación de bandas que “venden” ilegalmente protección, lo que ha elevado alarmantemente la extorsión que ahora sufren muchos mexicanos: desde los más pobres hasta los más ricos” (ibídem).

²⁸⁹ “En México el narcomenudeo genera violencia principalmente por la disputa entre criminales por el control de mercados territoriales” (Ídem). Según información de la BBC de Londres, la última actualización de la base de datos sobre homicidios relacionados con el crimen organizado en nuestro país, el instrumento con el que el gobierno mexicano mide la evolución de la violencia, publicado en enero de 2012, reveló un aumento en el número de homicidios, aunque a menor ritmo que en años anteriores (De los Reyes, 2012). Ante la falta de cifras oficiales actualizadas, los medios de comunicación citan varios casos recientes de asesinatos múltiples en regiones, lo cual es prueba de que la violencia no ha cesado.

favorecieron un clima social cargado de inseguridad²⁹⁰ y asesinatos.²⁹¹ Así como una mayor violencia entre los narcotraficantes, quienes se disputan un mercado interno que, según la percepción social, está en auge. Además de lo anterior, es necesario mencionar el enorme gasto de recursos, materiales y económicos²⁹² que

²⁹⁰En el 2011, se indicaba que desde que el Lic. Felipe Calderón había iniciado el combate contra los cárteles, más de 5,300 personas habían desaparecido en México. De acuerdo con la Comisión Nacional de Derechos Humanos se teme que el número total pueda ser mucho mayor, ya que muchas desapariciones no se denuncian (Shoichet, 2012).

²⁹¹“Al año y medio del mandato de Felipe Calderón ya había 5 000 muertos, 87 crímenes contra periodistas, 634 abusos de las fuerzas represivas documentadas por la CNDH, llegó a un aumento de 47% de crímenes con respecto al año anterior, 223 desaparecidos, 30 ejecutados políticos, 200 levantados por carteles del narco. Lo cual generó un “fenómeno de crisis humanitaria con aumento de desaparecidos, homicidios dolosos, violencia contra las mujeres, niños, adolescentes, migrantes, etcétera” (Sagal, 2011). Para el 2011 se consideraba que “más de 34 mil personas han muerto en esa ruda pelea, en cualquiera de sus modalidades: la que libran entre sí por el dominio de un mercado cada vez más apetitoso las bandas delincuenciales, y la que enfrenta a tropas militares y policiales contra aquellas bandas. Aun si adoptáramos el punto de vista salvaje que juzga benevolentemente la violencia entre delincuentes (para que se acaben entre sí) y restáramos los asesinatos y ejecuciones entre las bandas, queda un remanente muy oneroso de muertes de agentes de la autoridad y de personas que ni son bandoleros y soldados o policías” (Granados Chapa, 2011). El 11 de enero de 2012 mediante un comunicado, la Procuraduría General de la República dio a conocer la cifra de los homicidios “que, por sus características, podrían haber ocurrido en el contexto de rivalidad entre organizaciones delincuenciales”. Reveló que desde enero y hasta el 30 de septiembre del año 2010 hubo 12.903 asesinatos de este tipo. El último corte dado por el Gobierno cifraba el total de estos homicidios hasta diciembre de 2010 en 34.612. El boletín del la PGR ha destacado que “2011 es el primer año en que el crecimiento de la tasa de homicidios es significativamente menor en comparación con lo observado en los años anteriores. A septiembre de 2011 en contraste con 2010, hubo un crecimiento en el número de homicidios de aproximadamente un 11%; mientras que para el comparativo 2009-2010 fue del 70%; del 2008-2009, del 63%; y del 2007-2008, del 110%. Los homicidios se mantienen claramente concentrados en algunas entidades del país. El 70% de los fallecimientos que por sus características podrían haber ocurrido en el contexto de rivalidad entre organizaciones delincuenciales, sucedieron en ocho entidades del país” (PGR, 2012). Datos no oficiales procedentes de medios de comunicación internacional, indican que desde que en diciembre de 2006 Felipe Calderón lanzara su ofensiva en contra de las bandas criminales dedicadas al narcotráfico, designando a finales de ese año a 50.000 uniformados para combatir en el frente de los narcos (La Nación, 2012), en México han sido asesinadas en promedio, 27 personas cada día, 819 cada mes, 9.830 cada año hasta llegar a un total de 47.515 homicidios registrados al 30 de septiembre de 2011 (Camarena, 2012). Mientras que el periódico argentino “La Nación” (2012) expone la narcoviencia en México ha sacudido al país con “una cifra de muertos que supera los 55.000”.

²⁹²“Por absurdo que parezca, al finalizar el sexenio, el gobierno del presidente Felipe Calderón habrá gastado más de 668 mil millones de pesos en su estrategia de guerra para la pacificación del país. La estratosférica cifra equivale a más del doble de los 308 mil millones de pesos que erogó Vicente Fox en su administración. Eso, siempre y cuando los diputados federales aprueben el proyecto de gasto que Felipe Calderón propuso para las secretarías de Gobernación, Defensa

se han destinado para un propósito cuyos resultados han sido ineficaces. Y como lo expresó Marcelo Ebrard:

Tantos muertos, tantas armas, tanto dinero que se está invirtiendo en esto y qué estamos haciendo para que las adicciones no sigan creciendo en nuestra sociedad, porque si las adicciones siguen creciendo querrá decir que el fin último de toda la política de control de la oferta no está teniendo resultados o el éxito que se busca (en Sánchez, 2010).

Ante la pregunta de si la farmacodependencia, o como se le denomina comúnmente en nuestro país “las adicciones”, fue abordada como un asunto de seguridad pública o de salud pública, es posible responder que si sólo nos basamos en lo que expone el discurso oficial –el cual trata de fundamentarse en datos epidemiológicos-,²⁹³ podría decirse que este fenómeno sí constituye un importante problema de salud pública. Sin embargo, durante el gobierno del Lic. Calderón, las muertes por homicidios relacionados con el combate al

Nacional, Marina y Seguridad Pública, así como para la Procuraduría General de la República. Para el último año de gobierno, el presupuesto global asignado a estas dependencias podría ser de 154 mil millones de pesos. Esa cifra es casi igual al presupuesto conjunto propuesto para la Secretaría de Desarrollo Social y la Secretaría de Comunicaciones. Y es que, sin duda, el sector policiaco y militar fue uno de los más dinámicos este sexenio. En términos globales, el presupuesto del gabinete de seguridad aumentó 163 por ciento de 2006 a 2012” (Zócalo Satillo, 2011).

²⁹³ En el 2011, el entonces presidente de la República, Lic. Felipe Calderón Hinojosa, al inaugurar la Unidad de Investigación Biopsicosocial en Adicciones en la ciudad de México, aseveró que el uso y abuso de drogas en México presentaba datos alarmantes que exigían una acción decidida, por lo que alertaba sobre el hecho de que el crecimiento en la dependencia a las drogas y al alcohol ponía en riesgo no sólo la estabilidad y la fortaleza de miles de familias mexicanas, sino que minaba las posibilidades de desarrollo como país” (en Ramírez Marín, 2011). Ese mismo año, el entonces Secretario de Seguridad Pública, Genaro García Luna, al comparecer ante legisladores de la Comisión Permanente del Congreso de la Unión, aseguró que “el número de adictos a las drogas en México se incrementó (...) México tiene un incremento importante de adicciones; la parte más relevante en consumo está en la marihuana, que casi se cuadruplicó en este periodo (1998-2008), lo que representa un factor relevante en el esquema actual de la inseguridad” (en Damián, 2011). El entonces Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, daba declaraciones similares al indicar que “el consumo de cocaína en México se duplicó en los pasados seis años y el de otras drogas ilegales, como la marihuana, también aumentó, a pesar de la batalla del gobierno del presidente Felipe Calderón para erradicar a las bandas de narcotraficantes. No obstante, subrayó que las cifras se podrían disparar si no se combate el tráfico de estupefacientes” (en Xinhua, 2011).

narcotráfico²⁹⁴ han sido mayores que las cifras de mortalidad vinculadas con el mero consumo perjudicial o dependiente de sustancias psicoactivas de tipo ilícito.

En este punto es necesario mencionar que no existen datos sobre la mortalidad vinculada al consumo perjudicial y dependiente de sustancias psicoactivas ilegales.²⁹⁵ Y que la única cifra existente sobre el avance de la meta²⁹⁶ planteada por la administración del Lic. Calderón Hinojosa con respecto a este tema, es la dada por la ENA 2011. La cual indica que no se cumplió dicha meta, pues “el consumo de cualquier droga es de 1.6% y de 1.5% para cualquier droga ilegal, con relación al 2008, las prevalencias se mantienen iguales” (Villatoro *et al*, 2012: 35).²⁹⁷ Además, debe indicarse que nunca existió un indicador epidemiológico específico que evaluara el avance de esta meta.²⁹⁸

²⁹⁴ De acuerdo con un reportaje publicado por el periódico “Zeta” publicado en mayo del 2012, “en lo que va del sexenio de Felipe Calderón Hinojosa, 71 mil personas han perdido la vida en condiciones de violencia, producto de la inseguridad provocada por los cárteles de la droga”. A continuación las cifras expuestas en dicho reportaje: **2007:** 2, 826 ejecuciones, **2008:** 6, 837, **2009:** 11, 753, **2010:** 19, 546, **2011:** 24, 068, **al 30 de abril de 2012:** 6, 774 (Mendoza Hernández, 2011).

²⁹⁵ Si bien el Servicio Médico Forense sirve como fuente de información para el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones, sólo proporciona información sobre la presencia de sustancias en los casos de aquellas personas que murieron de manera violenta o súbita, nada menciona muerte por sobredosis o como resultado de un consumo dependiente de sustancias. La información se obtiene mediante un cuestionario que llena el médico forense o el personal de salud debidamente capacitado (médico, enfermera, trabajador social, etc.) responsable en turno, por cada fallecido de 5 años o más de edad que llegue al SEMEFO. El número de defunciones reportadas por los SEMEFO’s durante 2009, última fecha con información publicada, es de 18, 704 defunciones (Jiménez y Cortés, 2011: 79).

²⁹⁶ “Disminuir en 10% la prevalencia del consumo por primera de drogas ilegales en la población de 12 a 17 años de edad”.

²⁹⁷ Llama la atención que los datos de la Encuesta Nacional de Adicciones llevada a cabo en 2011 revelan que “la tendencia al crecimiento que se observó entre 2002 y 2008 parece haberse detenido en los siguientes tres años de 2008 a 2011, no se observan cambios significativos en la proporción de personas que reportan consumo de cualquier droga en el último año; el consumo de drogas ilegales es muy similar en las dos mediciones. Tampoco se aprecian diferencias en el consumo por tipo de droga.” (Villatoro *et al*, 2012: 56). Es necesario recordar que estos resultados apenas se difundieron públicamente el 29 de octubre de 2012, a pesar de la insistencia de diversas organizaciones de la sociedad civil, las cuales exigían a la Secretaría de Salud y a su titular Salomón Chertorivski, presentar “de manera urgente los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENA) del ciclo 2011-2012, cuyos resultados habían sido anunciados para mayo” (Turati, 2012).

²⁹⁸ Si bien, en conjunto con el CONADIC se diseñó un indicador de proceso denominado “porcentaje de adolescentes de 12 a 17 años de edad que han participado en acciones de

Por otra parte, el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA) desde 2009 no proporciona información sobre la magnitud de problema del consumo de sustancias psicoactivas a nivel nacional y mucho menos sobre la mortalidad relacionada con éste. Por su parte, el Sistema de Reporte de Información en Drogas (SRID) aunque presenta información más actualizada sobre el consumo de sustancias psicoactivas, tales resultados corresponden sólo a la Ciudad de México.

En cambio, si consideramos las estrategias planteadas y llevadas a cabo durante la administración del Lic. Felipe Calderón para el “combate a las drogas” – provenientes de una representación social negativa sobre este fenómeno- podemos afirmar que éste ha sido abordado fundamentalmente como un asunto de seguridad pública e inclusive de seguridad nacional. A partir de lo cual, el ejercicio de la acción penal se ha enfocado en reprimir las actividades de producción, cultivo y tráfico de las sustancias psicoactivas denominadas ilegales. Encumbrado las acciones represivas a expensas de otras opciones, como la prevención y la atención médico sanitaria y psicosocial, lo que ha impactado en la efectividad y calidad de las intervenciones en estos ámbitos y ha repercutido en el bienestar de las personas y de las comunidades afectadas directamente por esta problemática.

A pesar de que tanto el Lic. Calderón como el ex Secretario de Salud, José Ángel Córdova, hayan repetido constantemente que este era el “sexenio de la prevención y la salud”²⁹⁹ y que se había aumentado el dinero destinado a este

prevención”, en realidad los resultados nada dicen sobre la reducción de la prevalencia de consumo de sustancias ilegales.

²⁹⁹ En la Secretaría de Salud (SSA) se trabaja para que esta administración sea recordada como el “sexenio de la prevención y de la salud”, aseguró José Ángel Córdova Villalobos, al rendir su Informe de Actividades 2010 (Notimex, 2010).

ámbito³⁰⁰ y a la atención de las adicciones,³⁰¹ sobre todo, con la creación de los “Centros Nueva Vida”. La realidad es que aunque se cumplió la meta de construir las 334 UNEME-CAPA³⁰² proyectadas para administración del Lic. Calderón en distintos puntos del país, esto no es evidencia suficiente que pueda demostrar dicha afirmación.³⁰³

Si bien estas UNEME-CAPA (Red Nacional de Centros Nueva Vida) seguirían una política de atención temprana de las adicciones, es posible apreciar que dicha “atención temprana” privilegió la puesta en marcha de prácticas que sobrevaloraron los modelos informativos basados en el miedo acerca de los

³⁰⁰ El presidente Felipe Calderón afirmaba en 2009, que a pesar de la crisis económica que se vivía en ese momento, durante ese año México contaría con un “50% más de presupuesto en materia de salud, respecto a lo que tenía asignado en 2006, año en el que comenzó su mandato (...) se triplicó el presupuesto de 16 mil millones en 2006, a 48 mil millones en 2009” (Mejía, 2009).

³⁰¹ El actual Secretario de Gobernación, Alejandro Poiré, durante el Foro Internacional: “Drogas: Un Balance a un Siglo de su Prohibición” expresó que durante esta administración se han destinado “6, 600 millones de pesos a la prevención de adicciones. Dos veces y media más que el sexenio pasado” (14 de febrero de 2012). En conferencia de prensa celebrada en el Auditorio “Doctor Miguel E. Bustamante”, de la Secretaría de Salud y donde se anunció la creación de la Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC) y el Centro Nacional contra las Adicciones (CENADIC), el entonces titular de la Secretaría de Salud, José Ángel Córdova Villalobos reiteró que se había realizado “una lucha intensa contra las adicciones, lo que se refleja en el incremento del presupuesto para este rubro, pues al inicio de la administración era de 135 millones de pesos al año, el más alto que se había alcanzado. Ahora en cuatro años se han invertido más de dos mil millones. Lo que se está haciendo ahora es reforzar más los programas y dejarlos perfectamente bien estructurados para obtener mayores beneficios” (Notimex, 2011).

³⁰² De acuerdo con lo expresado por el Lic. Calderón en el “Primer Encuentro Nacional de Centros Nueva Vida”, celebrado en Colima el 29 de octubre de 2012, “los Centros Nueva Vida fueron contruidos estratégicamente en 261 municipios de todas las entidades federativas para brindar atención a las comunidades que presentaban mayores situaciones de riesgo. El Gobierno Federal invirtió casi 600 millones de pesos en su construcción y para garantizar su adecuado funcionamiento. En ellos, de 2008 a la fecha, se han realizado más de 2 millones y medio cuestionarios para detectar oportunamente a jóvenes en riesgo de consumo de drogas, además de 13 millones y medio de acciones de prevención y casi un millón de acciones de tratamiento en beneficio de más de dos millones de personas” (Calderón, 2012a).

³⁰³ El propósito de esta investigación no es analizar los resultados de los Centros Nueva Vida, sin embargo, se expondrán los resultados más recientes dados a conocer públicamente, los cuales indican que “de 2008 a la fecha, se han realizado más de 2 millones y medio de cuestionarios para detectar oportunamente a jóvenes en riesgo de consumo de drogas, además de 13 millones y medio de acciones de prevención y casi un millón de acciones de tratamiento en beneficio de más de dos millones de personas” (ibídem). Lo cual incluye acciones en los ámbitos de tamizaje e identificación precoz, prevención y tratamiento breve.

efectos sustancias psicoactivas principalmente de tipo ilícito.³⁰⁴ A pesar de que la evidencia ha demostrado que únicamente proporcionar información sobre esta problemática social es un planteamiento demasiado simplista basado en aproximaciones y herramientas que favorecen un prohibicionismo radical (Aguilar, 2012), más no la prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Si como se estableció al inicio de la administración del Lic. Felipe Calderón, la farmacodependencia era considerada como un problema de salud emergente del proceso de transición demográfica y epidemiológica, entonces debió haberse abordado como tal y dársele una respuesta integral y centrada en la dimensión biopsicosocial que caracteriza este fenómeno. Sin embargo, las estrategias implementadas a nivel preventivo y de tratamiento se enfocaron principalmente en factores individuales implicados en el fenómeno de la farmacodependencia, lo cual es una visión que resulta fragmentada, reduccionista y apartada de las causantes socioculturales y políticas (de Lellis, 2006).

Por otra parte, a pesar de los éxitos que nos informaban continuamente los medios de comunicación masiva con respecto a las acciones realizadas en el

³⁰⁴ La presentación de la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 (Villatoro *et al*, 2012) explica que “en esta administración se lanzó la Campaña Nacional de Información para una Nueva Vida, coordinada por la Secretaría de Salud y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) y con la participación de otras dependencias como la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de la Defensa Nacional (SDN), además de otras instituciones públicas, privadas y organizaciones de la sociedad civil, las cuales han llevado un mensaje preventivo a todo el país, dirigido no solamente a los menores y adolescentes, sino también a padres de familia. Se ha trabajado intensamente en las escuelas de educación básica en la detección oportuna de niños en riesgo, por medio de la aplicación de una prueba de detección y tamizaje (POSIT); con este estudio se logra detectar casos de consumo de drogas incipientes o en situación de riesgo. Los casos que se detectan se refieren a los “Centros Nueva Vida” para su atención”. En dichos Centros se llevan a cabo cinco cursos principalmente:

1. Curso de detección, Orientación y Consejería en Adicciones.
2. Curso de Habilidades para la vida.
3. De joven a joven. Mitos y realidades sobre las drogas.
4. 10 recomendaciones para prevenir que tus hijos utilicen drogas.
5. Curso de Habilidades para la vida para niños en preescolar.

tema de control de la oferta (detenciones de líderes de la delincuencia organizada, decomisos, desarticulación de bandas criminales), no es posible asegurar que esto haya influido positivamente para lograr la reducción de la prevalencia del consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, en la población mexicana considerada como grupo objetivo de las estrategias de prevención propuestas en el ámbito sanitario y social durante la pasada administración.

Sin embargo, sí es posible afirmar que las acciones para controlar la oferta de las drogas ilegales, pertenecientes a una política represiva impuesta desde hace más de medio siglo y fundamentada en un complejo sistema de representaciones sociales –en las que se incluyen creencias, valores y estereotipos- que criminalizan este fenómeno por considerar que, no sólo pone en riesgo la salud pública sino y más importante aún la seguridad pública y nacional. En realidad han sido las causantes del “problema de las drogas” que se vive actualmente tanto en nuestro país como a nivel internacional,³⁰⁵ y no propiamente el consumo de las mismas como se ha difundido ampliamente.³⁰⁶

³⁰⁵ Como lo afirma Héctor Aguilar Camín (2012 y 2010): “Los beneficios prohibicionistas son modestos comparados con los daños, que son altos, y caen desproporcionadamente sobre los países pobres y sobre la gente pobre de los países ricos. Esto, sin contar con las intervenciones políticas y militares efectuadas en el continente bajo la coartada de la guerra contra las drogas”.

³⁰⁶ Según expone la Encuesta Nacional de Adicciones 2011 “en el contexto nacional, de manera especial los resultados de los Centros de Tratamiento, muestran que el consumo, la dependencia y los problemas asociados afectan a una parte importante de la población mexicana, siendo el alcohol la droga que genera una mayor problemática en nuestro país” (Villatoro *et al*, 2012: 9). De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones 2008, “consistentes con los estudios que se hacen en poblaciones especiales, indican que el consumo de drogas ilegales y médicas en la población rural y urbana de entre 12 y 65 años de edad ha aumentado de un 5% observado en 2002 a un 5.7% en este periodo. (SSA, 2008: 41). En contraste, esta misma Encuesta informa que el consumo de alcohol, una sustancia de tipo legal, es significativamente mayor, pues casi 27 millones de mexicanos entre 12 y 65 años beben casi todos los días y presentan frecuencias de consumo que oscilan entre menos de una vez al mes y diario. Esto significa que, aunque beban con poca frecuencia, cuando lo hacen ingieren grandes cantidades. Casi 4 millones beben grandes cantidades una vez a la semana o con mayor frecuencia (usuarios consuetudinarios) (SSA, 2008: 62). Además, alrededor de 150 personas fallecen en México diariamente a causa de alguna de las 40 enfermedades relacionadas con el tabaquismo, lo que representa una muerte cada diez minutos (Tavera y Martínez, 2007: 48).

Con base en la representación social negativa de esta problemática también se han establecido intervenciones propias del ámbito legal para los usuarios que presentan un problema en el consumo de dichas sustancias. En la legislación nacional, si bien el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito se ha *despenalizado*³⁰⁷ –lo que no significa que éste haya sido legalizado-, sucede que la ingestión de estas sustancias en cantidades que exceden lo establecido por la ley está sujeta al establecimiento de penas encubiertas bajo la forma de iniciativas asistenciales. Que implican la “exhortación” del consumidor de sustancias psicoactivas a las instituciones o centros para el tratamiento médico o de orientación para la prevención de la farmacodependencia, mismos que favorecerán su reincorporación a la vida social.³⁰⁸

Las recientes modificaciones a la *Ley General de Salud* y al *Código Penal Federal* relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, se observa el artificio del texto penal, porque la realidad del Estado mexicano –con su sistema de salud- no puede garantizar los recursos y la infraestructura necesaria para satisfacer las necesidades de prevención y tratamiento que se requieren para atender integralmente este fenómeno. Lo único que puede hacer es establecer a quiénes se debe vigilar, cómo sancionarlos y cómo tratarlos. Sujetando a los usuarios de sustancias psicoactivas sobre todo de tipo ilícito con un problema en

³⁰⁷ A partir de lo cual al consumidor ya no se le considera delincuente sino “únicamente” enfermo, pero uno de características particulares por su cercanía con el “vicio”. A finales de abril de 2009, el Congreso de la Unión aprobó un paquete de reformas que despenalizaba la portación de cantidades que no excedieran de la necesaria para el consumo propio e inmediato durante tres días. Transcurriendo casi cuatro meses para su publicación en el Diario Oficial de la Federación, efectuada el 20 de agosto de 2009. Coloquialmente se conoce como la “Nueva Ley de Narcomenudeo” (Vizcaíno, 2010), Sin embargo, lo cierto es que dichas cantidades son absurdas (Madrazo, 2012; Hope, 2012) y propician que el usuario de sustancias ilícitas fácilmente sea considerado como un delincuente.

³⁰⁸ El que los usuarios de sustancias psicoactivas sean institucionalizados por el sistema penal en lugar del sistema de salud evidencia el fracaso de este último por la inutilidad en su función (Rementería, 2001).

su consumo, en una red conformada no sólo por jueces, sino por médicos, psiquiatras y psicólogos, quienes conforman los sistemas médico-terapéuticos y educativos –sistemas no desvinculados del aparato judicial-.

A partir de esto, tales sistemas establecen cómo tratar a los usuarios de sustancias psicoactivas y las penas que les corresponden, tanto por transgredir las normas establecidas, como por presentar una falta de voluntad para “curarse de su enfermedad”, circunscrita ésta sólo al consumo de las sustancias definidas como “prohibidas” (Ventre, 2001). Con lo cual el tratamiento médico y psicosocial se presenta como una medida de control, a la cual se ingresa generalmente forzado por la familia, la escuela o la justicia, para lograr la “cura” que significa la abstinencia en el consumo. O mejor dicho, dejar de ser un “adicto” para ser un “sujeto social ideal”, evidenciando que el imperativo de control social es encubierto bajo el concepto de cura, lo cual favorece acciones coercitivas que se presentan como iniciativas terapéuticas (Gaete, 2007).

Tales iniciativas terapéuticas se enfocan en el control de grupos sociales específicos, constituidos principalmente por jóvenes y población de escasos recursos, problematizados a partir del tema del consumo de sustancias psicoactivas consideradas como ilícitas, creando con esto un punto no sólo de intervención, sino y sobre todo de estigmatización, exclusión y criminalización sobre los mismos (Escohotado, 1998; Szasz, 2001). No sólo se les problematiza y criminaliza a partir de su consumo de drogas ilegales, sino que se les excluye del protagonismo en el desarrollo de las acciones de prevención y tratamiento, considerándoseles como sujetos pasivos en el proceso de intervención del cual son parte (Piper, 2008).

Este protagonismo en el desarrollo de las acciones de prevención y tratamiento de la farmacodependencia es detentado por los grupos sociales hegemónicos, quienes alimentan y son alimentados constantemente el discurso jurídico y médico. Los cuales establecen la diferencia entre las sustancias permitidas y las

prohibidas, entre lo que se fiscaliza y lo que es controlado por las leyes de “la libertad de mercado”, y quienes señalan a quién se le debe realizar una intervención médica o psicosocial y quien merece una sanción legal (Echeverría, 2004). El resultado de tales acciones es la criminalización de este fenómeno.

Dicha criminalización ha limitado la implementación de intervenciones psicosociales efectivas en las que se incluyan acciones de prevención primaria, secundaria y terciaria. Privilegiando, desafortunadamente, las estrategias punitivas que buscan “proteger la seguridad pública y nacional” ante la amenaza que representa “el problema de las drogas”. Lamentablemente, y con toda la intención de ser reiterativos, tales estrategias a pesar de lo planteado, es decir reducir e incluso eliminar dicho problema, han costado la vida de miles de personas, así como enormes recursos económicos que bien podrían invertirse en prevención, educación y tratamiento. Sin olvidar que han generado un mercado negro en auge, corrupción, debilitamiento del Estado de derecho,³⁰⁹ violencia, inseguridad, entre otras cuestiones de impacto social negativo.

Lo cual hace llegar a la conclusión de que abordar el fenómeno de la farmacodependencia como un problema de seguridad pública ha propiciado mayores costos sociales y sanitarios de los que ha pretendido disminuir. Además ha reforzado el círculo vicioso que señala a “la droga” como agente de ruptura social vinculándola con el crimen y con conductas marginales. Lo cual magnifica los factores criminológicos de determinadas sustancias psicoactivas y encubre las dimensiones culturales de su consumo, favoreciendo su representación social negativa (Vázquez y Stolkiner, 2009). Asimismo, perpetúa la falacia del derecho

³⁰⁹ Las medidas prohibitivas y penitenciarias para controlar la oferta de sustancias consideradas como ilícitas han mantenido una distorsión de precios que funciona como un incentivo para los cultivos declarados como ilegales. Por lo que, la prohibición orientada a eliminar la oferta, en realidad la vuelve cada vez más rentable y al mismo tiempo hace del negocio algo dinámico en el que nunca falta mano de obra, lo cual facilita el financiamiento de sectores clandestinos que debilitan el Estado de derecho (Henman en Blickman y Jelsma, 2009).

estatal (Laraña, 1986) de proteger tanto a los consumidores como al resto de la sociedad ante la amenaza que representa el “problema de las drogas”.

Como psicólogos no podemos continuar con la lógica de control impuesta por los discursos dominantes en relación al tema de las drogas ilegales y su consumo – considerando a este fenómeno como causa de conductas marginales y delictivas por el componente de trasgresión a la ley que lleva implícito-. Pues esto nos coloca en el papel de jueces (Ventre, 2001) y agentes legitimadores del orden social establecido (Piper, 2008), cuyo discurso estigmatiza y criminaliza esta problemática, más que en el de profesionales de la salud mental.

Se nos demanda superar la visión social dominante con respecto a esta problemática –que evidentemente determina el tipo de servicios que se les proporciona a los consumidores de sustancias psicoactivas y el abordaje que ha de seguirse en los centros de tratamiento-. Visión que representa al usuario de sustancias psicoactivas con un consumo perjudicial o dependiente como una persona que ha transgredido las leyes jurídicas y sociales, y que por lo tanto es merecedor de acciones punitivas determinadas principalmente por la perspectiva jurídica encubierta bajo el velo de iniciativas médico sanitarias.

Es necesario reconocer que un fenómeno como la farmacodependencia es una problemática compleja y multicausal, determinada por múltiples cuestiones, entre las que se incluyen aquellas de tipo histórico, social, cultural, político e incluso económico y que no es sólo resultado de problemas internos del usuario de sustancias psicoactivas. Por tanto, no podemos ignorar la influencia decisiva que tienen cuestiones como la pobreza y la falta de expectativas hacia el futuro – especialmente en los grupos considerados como de “riesgo”, es decir, los jóvenes y las personas socialmente desfavorecidas- (Nadelman, 2012).

La precarización laboral, el desempleo, así como el deterioro en las condiciones de vida de diferentes sectores sociales debido a la inseguridad social, los espacios

de convivencia y recreación limitados en el desarrollo de esta problemática, entre otras cosas (Hope, 2012). Tampoco se debe omitir la importancia de factores como una mayor disponibilidad de aquellas drogas que no llegan a su destino (principalmente Estados Unidos) y se quedan en nuestro país, así como el consumo socialmente aceptado de sustancias legales (Trace, 2012).

Además, la proliferación de una cultura de la ilegalidad o corrupción,³¹⁰ la educación de baja calidad,³¹¹ los cambios en las formas de organización familiar, entre muchas otras cuestiones que generan una inestabilidad, no sólo a nivel individual sino social, convirtiéndonos en una sociedad permanentemente en riesgo (Wodak, 2012; Madrazo, 2012).³¹²

Debemos ser capaces de identificar los conceptos articulados por los distintos discursos dominantes y en las diferentes prácticas, reflexionando acerca de las

³¹⁰ Los “narcos”, con su cultura y escala de valores, sirven de inspiración para nuestros jóvenes, quienes viven en un país con un tejido social desgarrado, plagado de políticos y empresarios corruptos y que manejan un doble discurso (Sánchez-Caballero, 2009)

³¹¹ En este sentido hay que considerar que los terribles rezagos educativos que enfrenta México han sido agravados por la crisis económica vivida en 2009, así como por las cuotas anuales en beneficio del Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (SNTE) y porque es este sector en dónde los presupuestos gubernamentales asignan menos recursos: “En primaria, sólo 2.3% del gasto se destina a inversión de capital, cuando el promedio de la OCDE es de 8.9%. En secundaria es de 2.7%, cuando la media oceana es de 7.8%, mientras que en el sector universitario sólo alcanza un 4.5%, comparado con 9.5% en la mayoría de los países miembro de la organización, lo que revela que hay poco margen para hacer mejoras en la infraestructura escolar. En cuanto al gasto corriente, exceptuando lo que se invierte en el pago de salarios de los maestros, en educación primaria se destina 6.4% de su gasto total, frente a un promedio en países de la OCDE de 19.5%. En secundaria la diferencia es de 10.1% contra 20.1%. Pero son unas por otras” (Rosas, 2010).

³¹² Evidentemente nuestra intervención profesional no puede modificar las condiciones sociales, políticas y económicas a nivel macro, o eliminar los múltiples factores de riesgo relacionados con esta problemática. Sin embargo, tiene la posibilidad de ayudar a los consumidores de sustancias psicoactivas a desarrollar comportamientos y estilos de vida saludables, así como actitudes de autocuidado –por medio de la educación y de estrategias que han demostrado su eficacia en el abordaje de esta problemática, como son la terapia cognitivo conductual, la prevención de las recaídas, el entrenamiento en auto-control, y la entrevista motivacional (Heather et al, 2004). También puede ayudarlos a identificar y potencializar los factores protectores con los que cuentan; el desarrollo de sus capacidades y fortalezas a nivel individual no sólo les permite afrontar las circunstancias que viven cotidianamente, sino que puede afectar en lo colectivo (ibídem).

propias actitudes que presentamos hacia este fenómeno y hacia los usuarios de tales sustancias. Lo que implica cuestionar la visión social instituida –saturada de prejuicios y estereotipos- en torno a este tema. La cual hace énfasis en los factores criminógenos asociados al consumo y destaca cuestiones individuales³¹³ y psicológicas como principales causantes de este fenómeno, dándole menor importancia a aquéllas de tipo social, cultural, histórico, político y económico.

Considerar la dimensión biopsicosocial de este fenómeno implica un cambio de perspectiva con respecto a las formas conceptuales dominantes en la forma de abordarlo desde la Psicología, además conlleva el desarrollo de estrategias de intervención que vayan más allá del trabajo clínico que lleva a cabo procedimientos centrados en los individuos. Tratando de abarcar otro tipo de espacios implicados, tanto en las causas de este fenómeno como en sus posibles alternativas de prevención y tratamiento. Lo cual significa articular formas de acción que sean psicológicas, pero también sociales, culturales e incluso políticas (Piper, 2008).

Lo cual significa que si bien como profesionales de la salud mental podemos intervenir con técnicas de psicoterapia individual³¹⁴ encaminadas a disminuir la

³¹³ Entre los que se expone la baja autoestima, la baja tolerancia a la frustración, la pertenencia a redes sociales disfuncionales, el uso inadecuado del tiempo libre, así como diversos trastornos de conducta, afectivos y psicológicos, entre los que se cuentan la depresión y la ansiedad (Arellanez, Díaz, Wagner y Pérez, 2004).

³¹⁴ Evidentemente nuestra intervención profesional no puede modificar las condiciones sociales, políticas y económicas a nivel macro, o eliminar los múltiples factores de riesgo relacionados con esta problemática. Sin embargo, tiene la posibilidad de ayudar a los consumidores de sustancias psicoactivas a desarrollar comportamientos y estilos de vida saludables, así como actitudes de autocuidado –por medio de la educación y de estrategias que han demostrado su eficacia en el abordaje de esta problemática, como son la terapia cognitivo conductual, la prevención de las recaídas, el entrenamiento en auto-control, y la entrevista motivacional (Heather et al, 2004). También puede ayudarlos a identificar y potencializar los factores protectores con los que cuentan; el desarrollo de sus capacidades y fortalezas a nivel individual no sólo les permite afrontar las circunstancias que viven cotidianamente, sino que puede afectar en lo colectivo (ibídem).

demanda de sustancias psicoactivas,³¹⁵ así como otras problemáticas asociadas a este fenómeno. Más importante aún resulta tener un papel participativo, no limitado a la intervención clínica, que se situó dentro de un modelo más amplio cuyo objetivo sea la salud pública (Lodoño, Valencia, Vinaccia, 2006). Para lo cual, debemos adquirir un rol determinante en el diseño y puesta en ejecución de políticas públicas que, por una parte alienten una perspectiva diferente a la que actualmente existe con respecto al fenómeno de la farmacodependencia, y por la otra, permitan establecer estrategias alternativas para la prevención y tratamiento de esta problemática, en las que se le otorgue un papel destacado a las condiciones socioculturales implicadas en la misma (de Lellis, 2006).

Insertando a la Psicología en el ámbito institucional y gubernamental como protagonista activa de un proyecto social, haciendo uso de su experiencia profesional y sus supuestos teóricos y metodológicos, con el objetivo de poder establecer políticas y criterios de intervención de impacto social apoyados por el Estado, con ejes comunes que no psicologicen la problemática, pero que tampoco la descontextualicen social, histórica, política y económicamente. Lo cual asume explícitamente el origen sociocultural de este fenómeno y la necesidad de una contextualización histórico y sociopolítica para su abordaje (Piper, 2008).

Es de vital importancia participar en el desarrollo e instrumentación de diversas acciones de prevención y tratamiento con una lógica diferente a la que actualmente se sigue.³¹⁶ Bajo este entendimiento alternativo, la

³¹⁵ Ya que éstas nos ayudan a desarrollar en los consumidores de sustancias psicoactivas habilidades sociales, a mejorar la autoestima y el auto control, además favorecen el desarrollo de actitudes de auto cuidado y la construcción de un proyecto de vida.

³¹⁶ Lógica en la que los programas asistenciales se organizan con base en la focalización de los destinatarios y la fragmentación de las acciones, lo cual se expresa directamente en la dificultad de coordinar objetivos, recursos y acciones entre áreas técnicas que responden a distintas dependencias del propio aparato del Estado. Lo anterior, dificulta la articulación de las prácticas que los profesionales desempeñan en cada una de las instituciones comprendidas en dichos programas y refuerza algunas limitaciones propias de las políticas públicas, entre las cuales cabe señalar la concepción acerca de los usuarios como receptores pasivos de la asistencia dada (de Lellis, 2006).

farmacodependencia no puede ser considerada esencialmente como un problema de seguridad pública o nacional, sino que debe ser contemplada verdaderamente como una problemática de salud pública que requiere un abordaje multidisciplinario. Lo que significa establecer alianzas con otras profesiones y disciplinas para lograr un abordaje integral de este fenómeno, ofreciendo servicios tanto psicológicos, como médico-sanitarios, educativos y sobre todo aquéllos que permitan un desarrollo social adecuado, que estén actualizados y que sean eficientes y acordes a las necesidades de la población que es nuestro foco de intervención (Cardozo, 2012; Trace, 2012).

Asimismo, debemos trabajar para superar el que pareciera ser el principal propósito de las intervenciones psicológicas, es decir, lograr en el usuario de sustancias psicoactivas la abstención total del consumo. Idea que se desprende del objetivo de las políticas actuales, que pretenden “proteger la salud pública” eliminando a como dé lugar a las sustancias psicoactivas de tipo ilegal (Romaní, 2008), lo que ya se ha mencionado resulta ciertamente imposible, ineficaz y contraproducente.

Si bien las condiciones actuales que se viven en nuestro país, generadas por este tipo de políticas, defienden fervorosamente esta postura abstencionista y represiva, es necesario que participemos activamente en la instrumentación de modelos de abordaje distintos, como lo es el de reducción de daños. Asimismo debemos tener presente que si bien México es un consumidor marginal de sustancias psicoactivas de tipo ilícito, la cercanía geográfica que tenemos con el mayor consumidor de drogas del mundo, Estados Unidos –sociedad que avanza en el proceso de la legalización de sustancias como la marihuana (Aguilar, 2012)-, nos obliga a adecuar las políticas a esa realidad.

Bajo el modelo de reducción de daños, se entiende que este fenómeno supone un *continuum* desde el no consumo hasta la dependencia, desde la ausencia de problemas y riesgos hasta la aparición de daños graves, lo que implica ampliar las intervenciones a todos los momentos del proceso (Insúa y Grijalvo, 2000). Además, que en la mayoría de las ocasiones, los problemas asociados al consumo de sustancias psicoactivas son el resultado de los patrones de consumo, y no tanto por los efectos de la sustancia como tal, es decir, resulta más importante el **cómo** se consume que el **qué**. Se considera entonces que, muchos de los riesgos relacionados con las sustancias psicoactivas pueden ser eliminados con éxito, sin reducir necesariamente el consumo de las mismas (Inchaurreaga, 2001).

Por lo tanto, el foco de atención no debe ser ya la sustancia, ni la mera difusión de información sobre sus efectos nocivos, sino el consumidor que vive en una sociedad de riesgo y que es vulnerable a la experimentación de este tipo de sustancias, la cual puede avanzar a un consumo perjudicial e incluso dependiente, por una combinación de factores biopsicosociales. Bajo esta perspectiva debemos asumir los principios de las intervenciones en salud pública, combinando la prevención primaria, secundaria y terciaria, y estableciendo que las intervenciones deben llevarse a cabo desde múltiples niveles –individual, familiar, grupal, social y político-, dado el carácter complejo de este fenómeno (Trace, 2012).

El cambio de la lógica con respecto a la que prevalece actualmente, demanda el reconocimiento de las diferencias individuales, y destaca el papel que desempeñan la cultura y el contexto político, social y económico en la manera en que este fenómeno se manifiesta (de Lellis, 2006), por lo que propone la adaptación cultural y local de los programas de prevención y tratamiento. Asimismo, exige respeto a los derechos humanos de los consumidores y que se pongan en marcha políticas de salud, de educación, de desarrollo social que sean incluyentes y que verdaderamente resuelvan o al menos reduzcan los problemas y

los daños asociados al consumo perjudicial y dependiente de sustancias psicoactivas (Inchaurraga, 2001).

Si bien se han mencionado insistentemente las carencias³¹⁷ que existieron durante la última administración en el desarrollo e implementación de estrategias psicosociales y educativas para atender esta problemática, a diferencia de aquéllas destinadas a controlar la oferta de sustancias psicoactivas –a pesar de todos discursos elaborados con respecto a la inversión en prevención y atención que se le dio al fenómeno de las adicciones durante el gobierno del Lic. Calderón-. Podemos aprovechar los logros obtenidos en estos últimos años. La cuestión radica en si estamos capacitados como psicólogos para dar respuesta a los desafíos que plantean las condiciones actuales, así como el cambio de lógica y de abordaje que se requieren con respecto al fenómeno de la farmacodependencia.

Evidentemente, es necesario un cambio en la formación académica apegada al modelo clínico tradicional, en el cual predomina la visión individualista de los fenómenos sociales y la cual separa al sujeto de su contexto social, histórico, político y económico (de Lellis, 2006). Además, es preciso recibir una formación más sólida en temas de prevención y atención de los problemas que afectan la salud pública, así como atención primaria de la salud, epidemiología, reformas en los modelos de atención y reconocimiento de necesidades sociales, con el objetivo de resolver los problemas a nivel de políticas públicas y planificación de servicios psicosociales (Lodoño, Valencia y Vinaccia, 2006).

También se considera importante recibir entrenamiento adicional que permita colaborar con otros profesionales involucrados en diversas disciplinas y con aquéllos que pueden influir a nivel político, con el propósito de diseñar iniciativas públicas integrales con un alto impacto social, con servicios más disponibles y

³¹⁷ Lo cual se debe en gran medida, a los presupuestos excesivos asignados a las acciones de control de la oferta.

accesibles, en los que también se incorpore activamente a los usuarios de sustancias psicoactivas (Trace, 2012; Cardozo, 2012). En dichas iniciativas es necesario favorecer las intervenciones que asumen los principios de reducción de daños y abandonar las posturas represivas y punitivas que han causado tantos costos sanitarios y sociales (Romaní, 2008).

No queda más por decir que el consumo de cualquier sustancia psicoactiva constituye un fenómeno en el que las cuestiones sociales, culturales, políticas y económicas tienen una influencia decisiva, que se interrelacionan con aspectos propios del individuo, tanto biológicos como psicológicos. Por lo tanto, conocer y analizar las representaciones sociales en torno a este fenómeno constituye una herramienta, no sólo de aproximación a las creencias y saberes de que presenta la sociedad hacia el mismo, así como los propios consumidores. Sino a cuestiones vinculadas con la subjetividad que los profesionales de la salud mental manifestamos con respecto a nuestra práctica, con relación a lo que consideramos debería hacerse en el abordaje de la farmacodependencia y con aquello que podemos hacer y transformar.

En este sentido se nos impone la necesidad de un cambio de representación social vinculada a este fenómeno y por lo tanto, un despliegue de una práctica profesional distinta. En la cual la prevención, el trabajo multidisciplinario, la participación activa en el diseño e instrumentación de políticas públicas e intervenciones más acordes con las circunstancias actuales, se presenten como aspectos claves. Mientras que la criminalización y penalización de los consumidores de sustancias psicoactivas queden rebasadas. Entendiendo que la Psicología es una disciplina que puede, entre muchas cosas, modificar la representación social dominante en torno al tema de la farmacodependencia o bien puede perpetuar los esquemas tradicionales en los que se reproducen cuestiones de estigmatización, exclusión y criminalización.

REFERENCIAS

- Acuña, G. (2009). *Comprendiendo las adicciones: La teoría del aprendizaje y su aplicación en Prevención de recaídas*. Chile: Programa de Adicciones Clínica Santa Sofía. Consultado en diciembre de 2011 en: http://www.schilesaludmental.cl/2009_enero_congreso/talleres/DR.%20ACUNA/Dr_Acuna2.pdf
- Aguilar Camín, H. (2010). Por la legalización de las drogas. *Nexos*. Consultado en febrero de 2012 en: <http://www.nexos.com.mx/?P=leerarticulo&Article=575417>
- Aguilar Camín, H. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: “Drogas: un balance a un siglo de su prohibición”. Distrito Federal, México.
- Alcaraz del Castillo, F.; Zuazo, J. (2003). *Violencia, crimen y drogas*. Bolivia: Centro Latinoamericano de Investigación Científica. Consultado en marzo de 2012 en: <http://www.cidhdh.com/archivos/im1737565233.pdf>
- Alonso Fernández, A.; Matilla Gómez, V. (1979). *Bases psicosociales del alcoholismo*. Madrid: Real Academia Nacional de Medicina. Consultado en diciembre de 2011 en: http://books.google.com.mx/books?id=-ToqqWt-NU8C&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Álvarez Licona, N. E. (2010). ¿Se debe criminalizar el consumo de drogas ilegales? *Revista Cuicuilco*. 17(49), 31-42. Consultado en febrero de 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=35117055003>.

Anabitarte, A. (2010, 26 de marzo). Programa Escuela Segura, no basta: SEP. *El Universal*. Consultado en mayo de 2012 en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/176557.html>

Apud, I. (2008). *La estigmatización en el consumo de drogas ilegales*. Uruguay: Universidad de la República. Consultado en marzo de 2012 en: <http://www.henciclopedia.org.uy/autores/Apud%20Ismael/DrogasIlegales.htm>

Aranda, J. (2011, 6 de septiembre). En la lucha de Calderón contra el narco, SEDENA y SEMAR duplicaron su presupuesto. *La Jornada*. Consultado en junio de 2012 en: <http://www.jornada.unam.mx/2011/09/06/politica/010n1pol>

Araque Serrano, F., Díaz Salaber, J. (2007). *Tratamientos Psicológicos*. En *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de adicción a opiáceos*. Plan andaluz sobre drogas y adicciones de Andalucía: Consejería para la igualdad y el bienestar social. Consultado en diciembre de 2011 en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocialigualdadybienestarsocial/opencms/system/modules/com.opencms.presentationCIBS/paginas/detalle.jsp?listar=true&tipoContenido=/Publicacion/§or=/Sector/Drogodependencia/&contenido=/Drogodependencia/Publicacion/GUIA_CLINICA_OPIACEOS

Araya Umaña, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Consultado en mayo de 2012 en: <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf>

Arellanez Hernández, J.L.; Díaz Negrete, D.B.; Wagner Echegaray, F.; Pérez Islas, V. (2004). Factores psicosociales asociados al abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental*. 27(3), 54-64.

Asociación Psiquiátrica Americana. (1994). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. 4a edición. Washington, DC: APA. Consultado en agosto de 2011 en: <http://www.psicoarea.org>

Astolfi; Gotelli; Kiss; López Bolado; Maccagno; Poggi. (1989). *Toxicomanías: Aspectos toxicológicos, psicológicos, jurídicos, médico legales, criminalísticos y criminológicos*. Buenos Aires: Universidad.

Astorga, L. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: "Drogas: un balance a un siglo de su prohibición". Distrito Federal, México.

Banchs, M. (1986). Concepto de representaciones sociales: análisis comparativo. *Revista costarricense de psicología* (89), 27-40.

Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa Calpe.

Becerra Romero, D. (2006). Las formas habituales de consumir drogas en la Antigüedad a partir de la obra de Porfirio De Abstinencia. *Faventia*, 28 (1, 2), 67-78. Consultado en octubre de 2011 en: <http://www.raco.cat/index.php/Faventia/article/viewFile/76807/99239>

Becoña Iglesias, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Consultado en diciembre de 2011 en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>

Becoña Iglesias, E. (2002). Adicciones y salud. *Revista Psicología Científica* 4(1). Consultado en diciembre de 2011 en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-76-1-adicciones-y-salud.html>

- Becoña Iglesias, E. (2007). Bases psicológicas de la prevención del consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 11-22. Consultado en febrero de 2012 en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1424.pdf>
- Bejarano, J. (2006). *Inseguridad ciudadana y drogas. Realidades y percepciones*. San José, Costa Rica: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo Humano. Consultado en julio de 2012 en: <http://www.pnud.or.cr/images/stories/downloads/pdf/Cuaderno04.pdf>
- Blickman, T. Jelsma, M. (2009). La reforma de las políticas de drogas. Experiencias alternativas en Europa y Estados Unidos. *Nueva Sociedad*. 222, 81-103. Consultado en febrero de 2012 en: <http://132.248.9.1:8991/hevila/Nuevasociedad/2009/no222/7.pdf>
- Botero Gómez, P. (2008). *Representaciones y ciencias sociales. Una perspectiva epistemológica y metodológica*. Argentina: Espacio Editorial.
- Botton Beja, F. (2008). La persecución de los chinos en México. *Estudios de Asia y África. México*: El Colegio de México, 18(2), 477-486.
- Bravo, O. A. (2002). Tribunales Terapéuticos: vigilar, castigar y/o curar. *Psicología y Sociedade*; 14 (2), 148-162. Consultado en mayo de 2012 en: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v14n2/v14n2a08.pdf>
- Bravo de Medina, R., Echeburúa, E. y Aizpiri, J. (2007). Características psicopatológicas y dimensiones de personalidad en los pacientes dependientes del alcohol: un estudio comparativo. *Adicciones*, 19(4), 372-382. Consultado en marzo de 2012 en: <http://www.adicciones.es/files/echeburua.pdf>

Buján, J. (2001). El abordaje de la drogadicción. En: *La drogadicción. Una mirada institucional*. M. Ventre (Comp.). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Bunster, A. (1993). El régimen de la droga en México: una visión panorámica. *Boletín Mexicano de Derecho Comparado*. No. 76, 15-43. Consultado en junio de 2012 en: <http://biblio.juridicas.unam.mx/revista/pdf/DerechoComparado/76/art/art1.pdf>

Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales*. Séptima edición. España: Siglo XX.

Calderón Hinojosa, F. (2007, 2 de julio). Discurso dado en el evento “Limpiemos México” Estrategia Nacional de Seguridad. Programa en Zona de Recuperación. México: Presidencia de la República. Consultado en agosto de 2012 en: <http://www.presidencia.gob.mx/2007/07/el-presidente-calderon-en-el-evento-limpiemos-mexico-estrategia-nacional-de-seguridad-programa-en-zona-de-recuperacion/>

Calderón Hinojosa, F. (2010, 19 de octubre) Discurso dado en la presentación del Programa Nacional contra las Adicciones. México: Sala de prensa del CONADIC. Consultado en agosto de 2012 en: <http://www.conadic.salud.gob.mx/prensa/boletines2007/presidencia170407.html>

Calderón Hinojosa, F. (2012, 26 de junio). Discurso dado en la Conmemoración del Día Internacional de la lucha contra el uso indebido y el tráfico ilícito de drogas. México: Presidencia de la República. Consultado en agosto de 2012 en: <http://www.presidencia.gob.mx/2012/06/el-presidente-calderon-en-la-conmemoracion-del-dia-internacional-de-la-lucha-contr-el-uso-indebido-y-el-trafico-ilicito-de-drogas/>

Calderón Hinojosa, F. (2012a, 29 de octubre). Discurso dado en el Primer Encuentro Nacional de Centros Nueva Vida. México: Presidencia de la República. Consultado en Noviembre de 2012 en: <http://www.presidencia.gob.mx/2012/10/primer-encuentro-nacional-de-centros-nueva-vida/>

Calvete, E.; Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*. 21(1), 49-56. Consultado en diciembre de 2011 en: <http://www.adicciones.es/files/49-56%20Calvete.pdf>

Camarena, S. (2012, 12 de enero). La guerra contra el “narco” en México ha causado 47.515 muertes violentas. *El País Internacional*. Consultado en junio de 2012 en: http://internacional.elpais.com/internacional/2012/01/11/actualidad/1326317916_963041.html

Carballo, J.L; Fernández Hermida, J.R.; García Rodríguez, O.; Secades Villa, R. (2007). Recuperación natural del abuso de alcohol y drogas ilegales en una muestra española. *International Journal of Clinical and Health Psychology. Asociación Española de Psicología Conductual*. 7(3), 661-678. Consultado en noviembre de 2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33770306.pdf>

Carbonell Mateu, J.C. (1986). Consideraciones técnico-jurídicas en torno al delito de tráfico de drogas en: *La problemática de la droga en España: Análisis y propuestas político-criminales*. Madrid: Edersa.

Cardozo, F.H. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: “Drogas: un balance a un siglo de su prohibición”. Distrito Federal, México.

- Carlson, N. (1996). *Fundamentos de psicología fisiológica*. México: Prentice-Hall Hispanoamericana.
- Casique Guerrero, A.; López Chanez, F.J. (2007). El locus de control. *Revista Panorama Administrativo*. 1(2), 193-202.
- Castel, R. Y Coppel, A. (1994). Los controles de la toxicomanía. En: *Individuos bajo influencia*. A. Ehrenberg (Comp.). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Castellanos García, F. (2004). Jóvenes en la cárcel, drogas y políticas en México. En: *Seminario de Expertos Internacional sobre Drogas y Exclusión Social Grave*. E. Milanese, J. Machín, J. (Coord.) México: Centro Cáritas de Formación para la Atención de las Farmacodependencias y Situaciones Críticas Asociadas.
- Cattan, A. (2005). Estudio comparativo de autoestima y habilidades sociales en pacientes adictos de una comunidad terapéutica. *Salud y Drogas*. 5 (001). 139-164. Alicante: Instituto de Investigación de Drogodependencias. Consultado en mayo de 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/839/83950108.pdf>
- Cazeneuve, J. (1974). *La sociología: ideas, obras, hombres*. Bilbao: Ediciones Mensajero.
- Cedillo, J. A. (2007). *Los Nazis en México*. México: Debate.
- Centro de Información de las Naciones Unidas. (2007). *Fiscalización de drogas*. Organización de las Naciones Unidas. Consultado en septiembre de 2012 en: http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/soc_incivil/drogas.htm

Centros de Integración Juvenil. (2010). *Teorías y modelos explicativos del consumo de drogas*. Consultado en enero de 2012 en: <http://www.cij.gob.mx/Especialistas/TeoriasModelos.html>

Centros de Integración Juvenil. (2010a). *Factores de riesgo y protección en el consumo de drogas*. Consultado en enero de 2012 en: www.cij.gob.mx/Especialistas/FactoresProteccion2.html

Centros de Integración Juvenil. (2010b). *Asertividad y consumo de drogas en jóvenes mexicanos*. Consultado en enero de 2012 en: <http://cijcontigo.blogspot.mx/2010/08/asertividad-y-consumo-de-drogas-en.html>

Centros de Integración Juvenil. (2011). *Campaña "La mona... ¡No es como la pintan!"*. Consultado en diciembre de 2012 en: <http://cijvoluntarios.blogspot.com/2011/03/campana-la-mona-no-es-como-la-pintan.html>

Centros de Integración Juvenil. (2011a) *¿Qué es CIJ?* Consultado en mayo de 2012 en: http://www.cij.gob.mx/QuienesSomos/que_es_cij.html

Choclan, J. A. y Calderón, A. (2005). *Manual de Derecho Penal II. Parte Especial*. Barcelona: Deusto.

Cirillo, S.; Berrini, R.; Cambiaso, G. y Mazza, R. (1999). *La Familia del toxicodependiente*. Barcelona: Paidós Ibérica.

Código Penal Federal. Últimas Reformas DOF 14-06-2012. Consultado en abril de 2012 en: <http://info4.juridicas.unam.mx/ijure/fed/8/214.htm?s>

Código Penal para el Distrito Federal. Publicación inicial: 16/07/2002 Consultado en junio de 2012 en: <http://info4.juridicas.unam.mx/adprojus/leg/10/337/>

Colom Farran, J. (2002). *Las drogas como problema de salud pública. En Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD. Consultado en agosto de 2012 en: http://www.fad.es/sala_lectura/sociedad_drogas.pdf

Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. (2012). *Farmacovigilancia*. Consultado en agosto de 2011 en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cofepris/ppy/farmaco/farmacovigilancia.htm>

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2006). *Evaluación del progreso de control de drogas 2005–2006*. Washington: Organización de Estados Americanos. Consultado en julio de 2012 en: http://www.cicad.oas.org/mem/reports/4/Full_Eval/Mexico%20-%20Fourth%20Round%20-%20ESP.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2010). *Evaluación del progreso de control de drogas 2007–2009*. Washington: Organización de Estados Americanos. Consultado en julio de 2012 en: http://www.cicad.oas.org/mem/reports/5/Full_Eval/Mexico%20-%205ta%20Rd%20-%20ESP.pdf

Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas. (2011). *Informe del Uso de Drogas en Las Américas 2011*. Washington: Organización de Estados Americanos. Consultado en julio de 2012 en: http://www.cicad.oas.org/oid/pubs/Uso_de_Drogas_en_Americas2011_Esp.pdf

Comisión Nacional contra las Adicciones. (2011). *Campaña Nacional para una Nueva Vida*. Consultado en septiembre de 2011 en: http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/pres_nuevavida.html

Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2003). *Modelos preventivos*. México: CONADIC.

Consejo Nacional Contra las Adicciones. (2010). *Modelo de Atención Nueva Vida*. Consultado en abril de 2012 en: http://www.conadic.salud.gob.mx/nueva_vida/pres_nuevavida.html

Consejo Nacional Contra las Adicciones. Centro de Orientación Telefónica. Consultado en junio de 2012.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. (2011). *Pobreza en México y en las entidades federativas. 2008-2010*. Consultado en agosto de 2012 en: http://web.coneval.gob.mx/Informes/Interactivo/Medicion_pobreza_2010.pdf

Consejo Nacional Prevención de Accidentes. (2012). *Jóvenes, alcohol y volante*. Consultado en enero de 2012 en: www.cenapra.salud.gob.mx/interior/cenapra_jovenes.html

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Última Reforma DOF 25-06-2012. Consultado en mayo de 2012 en: http://www.scjn.gob.mx/normativa/Constitucion/Constituci%C3%B3n_DOF_25Jun2012.pdf

Córdova Villalobos, J.A. (2012, 13 de agosto). Discurso dado en la visita la Visita de supervisión de la unidad deportiva Bicentenario. México: Presidencia de la República. Consultado en junio de 2012 en:

<http://www.presidencia.gob.mx/2012/08/diversas-intervenciones-en-la-visita-de-supervision-de-la-unidad-deportiva-bicentenario/>

Corrêa de Carvalho, J.T. (2007). Historia de las drogas y de la guerra de su difusión. *Noticias Jurídicas*. Consultado en octubre de 2011 en: <http://noticias.juridicas.com/articulos/00-Generalidades/200712-123355956848.html>

Cruz Martínez, A. (2010, 27 de octubre) No hay aumento para tratamiento de adicciones en el presupuesto para 2011. *La Jornada*. Consultado en agosto de 2011 en: <http://www.lajornadajalisco.com.mx/2010/10/27/index.php?section=politica&article=005n1pol>

Cruz Vargas, J.C. (2011, 28 de noviembre). Creció en dos años cifra de pobres en México: Cepal. *Proceso*. Consultado en agosto de 2012 en: <http://www.proceso.com.mx/?p=289700>

Damián, F. (2011, 2 de enero). Reconoce García Luna repunte en adicciones. *Milenio on line*. Consultado en mayo de 2011 en: <http://impreso.milenio.com/node/8904779>

De Lellis, M. (2006). *Psicología y políticas públicas de salud*. Buenos Aires: Paidós.

De los Reyes, I. (2012, mayo 14). Lo que hay detrás de la barbarie del narco en México. *BBC Mundo*. Consultado en junio de 2012 en: http://www.bbc.co.uk/mundo/noticias/2012/05/120514_mexico_violencia_razones_pea.shtml

Del Olmo, R. (1989). Drogas: distorsiones y realidades. *Nueva Sociedad*. No.102, 81-93. Consultado en enero de 2012 en: http://www.nuso.org/upload/articulos/1780_1.pdf

Del Olmo, R. (1992). *¿Prohibir o domesticar? : Políticas de drogas en América*. Caracas: Nueva sociedad.

Del Olmo, R. (1997). "La conexión criminalidad violenta/drogas ilícitas: una mirada desde la criminología". *Revista Venezolana de Economía y Ciencias sociales*. No. 2-3, 182- 189.

De San Jorge Cárdenas, X. (2008). Los tratamientos de las adicciones obligados por orden Judicial, en México: Un análisis de la percepción de jueces y encargados de centros de tratamiento. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana*. 8(2), 26-34.

Díaz Müller, L. (1994). *El imperio de la razón. Drogas, salud y derechos humanos*. México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Díaz Müller, L. (2006). Marco jurídico de las adicciones: El desencantamiento del mundo. *Estudios en homenaje a Marcia Muñoz de Alba Medrano. Bioderecho, tecnología, salud y derecho genómico*. Cienfuegos Salgado, D.; Macías Vázquez, M.C.(Coord.). México: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Diccionario Médico Roche. (1993). Barcelona: Doyma.

Didriksson, A. (2012, 18 de septiembre). El fraudulento legado. *Proceso*. Consultado en noviembre de 2012 en: <http://www.proceso.com.mx/?p=320222>

Droppelmann, C. y Graf, C. (2010). *Tribunales de tratamiento de drogas: un esfuerzo interdisciplinario entre la justicia y la salud mental*. Chile: Universidad de Chile. Consultado en abril de 2012 en: <http://www.law.arizona.edu/depts/upr-intj/pdf/graf.pdf>

Echeburúa Odriozola, E. (1999). *¿Adicciones sin drogas? Las nuevas adicciones: juego, sexo, comida, compras, trabajo, internet*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Echeverría, A. (2004). *Representaciones sociales de las drogas de jóvenes urbanos populares en proceso de rehabilitación en comunidad terapéutica*. (Tesis de Licenciatura, Universidad de Chile). Consultado en marzo de 2012 en: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2004/echeverria_a/sources/echeverria_a.pdf

Ehrenberg, A. (Comp). (1994). *Individuos bajo influencia*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Elzo Imaz, J. (1997). Alcohol, drogas y violencia juvenil. Guión de la intervención en los “*Encuentros Nacionales sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario*”. Consultado en marzo de 2012 en: http://www.dipucadiz.es/opencms/export/sites/default/dipucadiz/galeriaFicheros/drogodependencia/ponencias5/Alcoholx_drogas_y_violencia_juvenil.pdf

Elzo Imaz, J. (2001). Drogas y violencia juvenil. En: *Drogas y drogadicción: Un enfoque social y preventivo*. S. Yubero Jiménez (Coord.). España: Ediciones de la Universidad de Castilla- La Mancha.

Epele, M. (2007) *Usos y abusos de la medicalización en el consumo de drogas: Sobre economías, políticas y derechos. Medicalización y sociedad. Lecturas*

críticas sobre un fenómeno en expansión. Buenos Aires: Observatorio Argentino de drogas. Consultado en octubre de 2011 en: <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Medicalizacion%20y%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf>

Escohotado, A. (1995). *Aprendiendo de las drogas: usos y abuso, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama

Escohotado, A. (1997). *La prohibición: Principios y consecuencias*. Consultado en enero de 2012 en: <http://www.escohotado.com/articulos/laprohibicionprincipiosyconsecuencias.htm>

Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza.

Escudero Moratalla, J. F. (2001). Enfoque criminológico de la drogodependencia y otros conceptos penitenciarios. *Noticias Jurídicas*. Consultado en noviembre de 2011 en: <http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/200108-8551727610152071.html>

Fantz, A. (2012, enero 20). La lucha contra el narco en México: muertos a cambio de millones. *CNN México*. Consultado en agosto de 2012 en: <http://mexico.cnn.com/nacional/2012/01/20/la-lucha-contr-el-narco-en-mexico-muertos-a-cambio-de-millones>

Farr, R. (1983). Escuelas europeas de Psicología social: la investigación de representaciones sociales en Francia. *Revista Mexicana de Sociología*. 45(2), 641-657.

Fatela, J. (1994). Drogas y ambivalencias de la subjetividad. En: *Individuos bajo influencia*. A. Ehrenberg (Comp.). Buenos Aires: Nueva Visión.

Fernández, L. (2009). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid; México: Médica Panamericana.

Fernández Gómez, C.; Llorente del Pozo, J. M. (2006). Evaluación de constructos relacionados con las Teorías del Aprendizaje Social-Cognitivo en drogodependientes en tratamiento: fiabilidad y validez. *Adicciones*. 18(3), 251-258. Consultado en enero de 2012 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2075170>

Fernández Rodríguez, M. A.; Fernández Saavedra, A. G. (2009). *Género, políticas públicas e intervención social: análisis de las políticas sobre drogas y sobre la educación para el desarrollo*. Oviedo: Ediciones KRK.

Figueiredo Dias, J. (1995). Una propuesta alternativa al discurso de la criminalización/ descriminalización de las drogas. *Revista chilena de Derecho*. 22(2), 213-225. Consultado en marzo de 2012 en: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Fdcfichero_articulo%3Fcodigo%3D2649948&ei=0O1AUPqJKoaVyAGyqoGYDA&usq=AFQjCNG5gnmyTLpbduOMGMTMhqUm01ekKg

Flores, N. (2012, 12 de abril). 320 mil millones para seguridad nacional. *Revista Contralínea*. Consultado en agosto de 2012 en: <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2012/04/22/320-mil-millones-para-seguridad-nacional/>

Flynn, P.; Craddock, G.; Luckey, J.; Hubbard, R.; Dunteman, G. (1998). Comorbilidad del trastorno de personalidad antisocial y de los trastornos del estado de ánimo en pacientes con tratamiento por dependencia a sustancias psicoactivas. *Revista de Toxicomanías*. No. 14, 34-42. Consultado en mayo de 2012 en: <http://www.cat-barcelona.com/pdfret/ret14-4.pdf>

Fundación Azteca. *Campaña "Vive sin drogas"*. Consultado en octubre de 2011 en: <http://www.fundacionazteca.org/proyectos/vive.aspx>

Fundación de Ayuda contra la Drogadicción y col. (2002). *Sociedad y drogas: una perspectiva de 15 años*. Madrid: FAD. Consultado en diciembre de 2011 en: http://www.fad.es/sala_lectura/sociedad_drogas.pdf

Gaete, T. (2007). Representaciones sociales de psicólogos sobre el consumo de drogas, consumidores y tratamientos. "El juicio psicológico". *Revista de Psicología*. 16(002), 53-77. Consultado en octubre de 2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/264/26416203.pdf>

Galiano Ramírez, M. C. (1999) Aspectos psicológicos y psiquiátricos del adolescente toxicómano. *Toxicomanías y Adolescencia: Realidades y consecuencias*. La Habana: Clínica del adolescente. Consultado en enero de 2012 en: <http://www.sld.cu/libros/libros/libro5/tox4.pdf>

García de León, V. (2011, 24 de abril). Tratamiento de las adicciones en México queda en manos de grupos civiles. *CNN México*. Consultado en julio de 2012 en: <http://mexico.cnn.com/nacional/2011/04/24/el-tratamiento-de-las-adicciones-en-mexico-queda-en-manos-de-las-familias>

García Díaz, F. (2002). El consumo de drogas en los pueblos precolombinos. Elementos para una "política criminal" alternativa. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*. No. 04-r3. Consultado en mayo de 2012 en: http://criminnet.ugr.es/recpc/recpc_04-r3.pdf

García Jiménez, J. M. (2001). *Las Drogas: Conceptos, Aspectos Penales y Penitenciarios*. España: Club Universitario.

García Martínez, A., y Sánchez Lázaro, A. M. (2005). *Drogas, sociedad y educación*. Murcia: Universidad de Murcia, Servicio de Publicaciones.

García Rodríguez, J.A.; López Sánchez, C. (2001). *Manual de estudios sobre alcohol*. Madrid: Edaf.

García Salgado, R. (2008). Reducción del daño (Historia de las drogas) *LiberAddictus*. No. 102. Consultado en febrero de 2012 en: http://www.liberaddictus.org/art_detalle.php?articulo=917

García Sílberman, S. (1995). Las actitudes hacia la enfermedad mental y el psiquiatra: resultados preliminares. *Anales del Instituto de Psiquiatría*. No. 6, 123-134.

Gasteiz, V. (2007). *Estudio documental sobre drogas y violencia de género*. Salamanca: Observatorio Vasco de drogodependencias. Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco. Consultado en abril de 2012 en: http://www.osakidetza.euskadi.net/r85-ckdrog11/es/contenidos/informacion/publicaciones_ovd_inf_txostena/es_9033/adjuntos/informe_txostena18.pdf

Goldstein, P. J. (1985). The Drugs/Violence Nexus. A Tripartite Conceptual Framework. *Journal of Drug Issues* Vol.39, 143-174. Consultado en febrero de 2012 en: <http://www.drugpolicy.org/docUploads/nexus.pdf>

Gómez, R. A. (2009). *Drogas y control social*. Buenos Aires: Brujas.

Gómez Cobos, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 10 (2), 105-122. México: Universidad

Intercontinental. Consultado en noviembre de 2011 en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/802/80212387006.pdf>

González Zorrilla, C. (1987). *Drogas y control social*. Consultado en agosto de 2011 en: <http://es.scribd.com/doc/62927705/Zorrilla-DROGAS-Y-CONTROL-SOCIAL>

Granados Chapa, M. A. (2011, 16 de marzo). Costoso presupuesto contra el narco, pero inútil. *Terra*. Consultado en mayo de 2011 en: <http://www.terra.com.mx/noticias/articulo/1067779/Costoso+presupuesto+contra+el+narco+pero+inutil.htm>

Guerrero, E. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: “Drogas: un balance a un siglo de su prohibición”. Distrito Federal, México.

Heather, N.; Wodak, A.; Nadelman, E.; O’Hare, P. (2004). *La cultura de las drogas en la sociedad del riesgo*. Barcelona: Publicaciones Grup Igia. Consultado en febrero de 2012 en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/CulturaDrogas.pdf>

Hernández Tinajero, J. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: “Drogas: un balance a un siglo de su prohibición”. Distrito Federal, México.

Hope, A. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: “Drogas: un balance a un siglo de su prohibición”. Distrito Federal, México.

Husak, D. (2001). *Drogas y derechos*. México: Fondo de Cultura Económica.

Ibáñez Gracia, T. (Coord.) (2004). *Introducción a la psicología social*. Barcelona: Editorial UOC.

Inchaurraga, S. (Comp.) (2001). *Drogas y políticas públicas: el modelo de reducción de daños*. Buenos Aires: Espacio.

Instituto Ciudadano de Estudios sobre la inseguridad. (2006). *Encuesta Nacional sobre Inseguridad Urbana*. México: ICESI. Consultado en julio de 2012 en: http://www.icesi.org.mx/documentos/encuestas/encuestasNacionales/ensi4_urbana_2005.pdf

Instituto Mexicano de la Juventud. (2006). *Encuesta Nacional de Juventud 2005*. México Centro de Investigación y Estudios en Juventud. Consultado en julio de 2012 en: http://sic.conaculta.gob.mx/centrodoc_documentos/292.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2004). *Encuesta Nacional de Empleo*. México: INEGI. Consultado en julio de 2012 en: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/proyectos/bd/consulta.asp?p=14043&c=10683&s=est&cl=4#>

Insúa, P.; Grijalvo, J. (2000). Programas de reducción de riesgos en atención a las drogodependencias: conceptos y acciones específicas. *Papeles del Psicólogo*. No. 77, 33-45. Consultado en febrero de 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/778/77807706.pdf>

Jiménez Vargas, B. E.; Cortés Ramírez, M. (2011). *Perfil epidemiológico de las adicciones*. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Consultado en octubre de 2012 en: http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/PUBLICACIONES/MONOGRAFIAS/PEPID_ADICCIONES_MEX_2010.pdf

Jodelet, D. (1986). "La representación social: Fenómenos, concepto y teoría". En: S. Moscovici (Comp.). *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.

Johnson, B. (1999). *Tres puntos de vista sobre la adicción*. Publicado originalmente en inglés en *Journal of the American Psychoanalytic Association* 47(3), 791-815. Traducido por Marta Gavito del Campo y publicado con autorización de The American Psychoanalytic Association. Consultado en octubre de 2011 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=1233420>

Kalina, E. (2000). *Adicciones: aportes para la clínica y la terapéutica*. Buenos Aires; México: Paidós.

Lamo de Espinosa, E. (1988). El vicio y la ambivalencia normativa. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. No. 42, 7-43. Consultado en mayo de 2012 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=249184>

Laplacette, G.; Vignau, L. *Medicalización de la salud. Medicalización y sociedad. Lecturas críticas sobre un fenómeno en expansión*. Buenos Aires: Observatorio Argentino de drogas. Consultado en noviembre de 2011 en: <http://www.observatorio.gov.ar/especificos/temas-especificos/Medicalizacion%20y%20sociedad.%20Lecturas%20criticas.pdf>

Laraña Rodríguez-Cabello, E. (1986). Las drogas como problema social: Tipologías y Políticas de tratamiento. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*. No. 34, 83-110. Consultado en febrero de 2012 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=249094>

Leal, P.; Heman Contreras, A. (1998). La baja tolerancia a la frustración y las adicciones. *LiberAddictus*. No. 17. Consultado en enero de 2012 en: http://www.liberaddictus.org/v_imprimir.php?articulo=174

Ley General de Salud. Reforma 44: DOF 07-06-2012. Consultado en mayo de 2012 en: www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref44_20ago09.doc

Ley de Salud para el Distrito Federal. Publicada en la Gaceta Oficial del Distrito Federal el 17 de septiembre de 2009. Asamblea Legislativa del Distrito Federal, IV Legislatura. Consultado en junio de 2012 en: http://www.sma.df.gob.mx/sma/links/download/biblioteca/leyes_equidad/local/11_ley_salud_df.pdf

Lodoño Pérez, C.; Valencia Lara, S. C.; Vinaccia Alpi, S. (2006). El papel de psicólogo en la salud pública. *Psicología y Salud*. 16(2), 199-205. Consultado en octubre de 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29116209.pdf>

López Betancourt, E. (2011, febrero 2009). Brevísimas historias de la prohibición de las drogas en México. *La Jornada Guerrero*. Consultado en diciembre de 2011 en: <http://www.lajornadaquerrero.com.mx/2011/02/09/index.php?section=politica&article=002a1pol>

Lorenzo, P.; Ladero, J.M.; Leza, J.C.; Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Tercera edición. Madrid: Médica Panamericana.

Madoz Gúrpide, A.; Sais Amorim, A.; Baca García, E.; Ochoa, E. (2001). Aspectos criminológicos en pacientes adictos a heroína: Relación entre toxicomanía y delincuencia. *Actas Especializadas en Psiquiatría*. 29(4). 221-227. Consultado en enero de 2012 en:

<http://ponce.inter.edu/acad/facultad/villasr/LECTURAS/Aspectos%20crimino%20logicos%20en%20pacientes%20adictos%20a%20hero%20inas.pdf>

Madrazo, A. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: “Drogas: un balance a un siglo de su prohibición”. Distrito Federal, México.

Maldonado Aranda, S. (2012) Drogas, violencia y militarización en el México rural. El caso Michoacán. *Revista Mexicana de Sociología*. 74(1), 5-39.

Malgor, L. y Valsecía, M. (2000). *Farmacodependencia–drogadicción. Farmacología Médica* (versión electrónica). Consultado en noviembre de 2011 en: http://www.med.unne.edu.ar/catedras/farmacologia/temas_farma/volumen5/8_dependen.pdf

Malpica, K. (1996). Drogas: el último tabú del milenio. *Revista Mexicana Generación*. No.9. Consultado en octubre de 2011 en: <http://www.mind-surf.net/drogas/aspectosextrafarmac.htm>

Margain, M.; Castro, M.E.; Llanes, J. (2002). *Libro del conductor. Aprendiendo a pasarla bien. Estrategias de intervención para la escuela primaria*. México: Pax.

Martínez Delgado, M. y Fernández Repeto Guilloto, M. (2007). Introducción. *Guía de práctica clínica basada en la evidencia para el manejo de adicción a opiáceos*. Plan andaluz sobre drogas y adicciones. Andalucía: Consejería para la igualdad y el bienestar social. Consultado en enero de 2012 en: http://www.juntadeandalucia.es/igualdadybienestarsocial/opencms/system/modules/com.opencms.presentationCIBS/paginas/detalle.jsp?listar=true&tipoContenido=/Publicacion/§or=/Sector/Drogodependencia/&contenido=/Drogodependencia/Publicacion/GUIA_CLINICA_OPIACEOS

- Mazzotti, P. (2004). *Las drogas, sus implicancias culturales, políticas y económicas*. España: Universitat Jaume. Consultado en mayo de 2012 en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi5/drogas.pdf>
- Medina Mora, M. E. (2001). Los conceptos de uso, abuso y dependencia. En: *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. R. Tapia Conyer (Ed.). México: Manual Moderno.
- Medina Mora, M. E.; Natera, G.; Borges, G.; Cravioto, P.; Fleiz, C. y Tapia Conyer, R. (2001a). Del siglo XX al tercer milenio. Las adicciones y la salud pública: Drogas, alcohol y sociedad. *Salud Mental*. 24 (004), 3-19.
- Medina Mora, M. E. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: “Drogas: un balance a un siglo de su prohibición”. Distrito Federal, México.
- Megías Valenzuela, E.; Comas Arnau, D.; Elzo Imaz, J.; Navarro Botella, J. y Romani, O. (2000). *La percepción social de los problemas de las drogas en España*. Madrid: Fundación de Ayuda contra la drogadicción. Consultado en noviembre de 2011 en: http://www.fad.es/sala_lectura/percepcionesocial.pdf
- Mejía, J. G. (2009, 7 de abril). Calderón promete más presupuesto en salud para 2009. *El Universal*. Consultado en mayo de 2011 en: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/589619.html>
- Mendoza, E. (2012, 1° de mayo). Con el presidente del empleo, más de 8 millones en la calle. *Contralínea*. Consultado en agosto de 2012 en: <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2012/05/01/con-el-presidente-del-empleo-mas-de-8-millones-en-la-calle/>

- Mendoza Hernández, E. (2012, 28 de mayo). Sexenio de Calderón: 71 mil ejecuciones. *Zeta*. Consultado en noviembre de 2012 en: <http://www.zetatijuana.com/2012/05/28/sexenio-de-calderon-71-mil-ejecuciones/>
- Menéndez, M. I (2002). *Consumo de drogas. Una perspectiva antropológica*. Argentina: Ciudad Virtual de Antropología y Arqueología. Consultado en enero de 2012 en: http://www.naya.org.ar/congreso2002/ponencias/isabel_menendez.htm
- Míguez, Hugo Adolfo (1998). *Uso de sustancias psicoactivas: investigación social y prevención comunitaria*. Buenos Aires; México: Paidós.
- Miranda Lara, V. R. (2010). Retrospectiva histórica del uso de drogas en México. *Revista Científica Electrónica de Psicología*. No.10, 95-113. Consultado en noviembre de 2011 en: [http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/6 - No. 10.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/6_-_No._10.pdf)
- Mirtenbaum, J. (1989). Coca no es cocaína. *Nueva Sociedad*, No.102, 144-152. Consultado en mayo de 2012 en: http://www.nuso.org/upload/articulos/1784_1.pdf
- Monasor, R.; Jiménez, M.; Paloma, T. (2003). Intervenciones psicosociales en alcoholismo. *Trastornos Adictivos*. 5(1). Consultado en octubre de 2011 en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/trastornos-adictivos-182/intervenciones-psicosociales-alcoholismo-13045023-area-tratamiento-2003>
- Montero, M. (1994). *Construcción y crítica de la Psicología social*. Barcelona: Anthropos.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*. No. 2. Consultado en septiembre de 2011 en: <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/viewFile/55/55>

Moral, M.; Sirvent, C.; Blanco, P. (2011). *Adicciones y Déficits en Asertividad*. 12° Congreso Virtual en Psiquiatría. Interpsiquis. Consultado en enero de 2012 en: <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2048/1/1conf850079.pdf>

Moral de la Rubia, J. (2005). Avances en la investigación sobre dependencia de sustancias. *Revista Salud Pública y Nutrición*. 6 (4). Consultado en septiembre de 2011 en: <http://www.respyn.uanl.mx/vi/4/ensayos/avances.html>

Moscovici, S. (Comp.) (1986). *Psicología social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales*. Barcelona: Paidós.

Muchnik, G. y Seidman, S. (1983). *La Noción de actitud*. Ficha de Cátedra de psicología social, Buenos Aires: Universidad de Belgrano. Consultado en junio de 2012 en: <http://www.espaciologopedico.com/recursos/glosariodet.php?Id=132>

Musitu, G. y Herrero, J. (2003). El rol de la autoestima en el consumo moderado de drogas en la adolescencia. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades, Sociotam*. 12 (1), 285-306. Consultado en diciembre de 2011 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/654/65413111.pdf>

Nadelman, E. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: "Drogas: un balance a un siglo de su prohibición". Distrito Federal, México.

National Institute on Drug Abuse. (2003). *Tratamiento dentro del sistema de justicia penal para delincuentes con problemas de abuso de drogas*. Consultado en diciembre de 2011 en: <http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/tratamiento-dentro-del-sistema-de-justicia-penal-para-delincuentes-con-problemas-de-abuso-de-drogas>

National Institute on Drug Abuse. (2008). *El abuso de drogas y la adicción*. Consultado en noviembre de 2011 en: <http://m.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-el-comportamiento/el-abuso-de-drogas-y-la-adiccion>

Notimex. (2011, 7 de marzo). Propone Córdova usar recursos decomisados al narco contra adicciones. *Excélsior*. Consultado en mayo de 2011 en: http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&seccion=especial-comunidad-expresiones&cat=1&id_notas=720289

Nuño Gutiérrez, B.; Álvarez Nemegyei, J.; González Forteza, C.; Madrigal de León, E. (2006). La adicción ¿vicio o enfermedad? Imágenes y uso de servicios de salud en adolescentes usuarios y sus padres. *Salud Mental*. 29 (004), 47-54. Consultado en enero de 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58242907.pdf>

Oblitas Guadalupe, L. A. (2004). *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson Learning.

Oceánica. Centro de Tratamiento para el *tratamiento* de alcoholismo, adicciones, ludopatía, anorexia y bulimia. Consultado en junio de 2012 en: <http://www.oceanica.com.mx/tratamiento.html>

Ochoa, R. (2012, 2 de septiembre). Entregó gobierno menos becas deportivas. *Proceso*. Consultado en noviembre de 2012 en: <http://www.proceso.com.mx/?p=318744>

Oficina Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2006). *Informe Mundial sobre las Drogas*. Viena: Organización de las Naciones Unidas. Consultado en julio de 2012 en: http://www.unodc.org/pdf/WDR_2006/wdr06_spanish_vol1.www.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2008). *La amenaza del narcotráfico en América*. Viena: Organización de las Naciones Unidas. Consultado en julio de 2012 en: http://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/Studies/Reporte_OEA_2008.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2008a). *Drogas y crimen: Amenaza para las Américas*. Primera Reunión de Ministros de Seguridad Pública de las Américas. Comunicado No. 08/125. Viena: Organización de las Naciones Unidas. Consultado en junio de 2012 en: <http://www.unodc.org/unodc/en/about-unodc/speeches/2008-10-10.html>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2009). *Declaración Política y Plan de Acción sobre Cooperación Internacional en favor de una Estrategia Integral y Equilibrada para contrarrestar el Problema Mundial de las Drogas*. Serie de sesiones de alto nivel de la Comisión de Estupefacientes. Viena: Organización de las Naciones Unidas. Consultado en julio de 2012 en: <http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-52-RelatedFiles/V0984966-Spanish.pdf>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. Organización Mundial de la Salud. (2010). *Programa conjunto UNODC/OMS sobre el tratamiento y la atención de la drogodependencia*. UNODC/OMS. Consultado en mayo de

2012 en: http://www.unodc.org/docs/treatment/Brochures/JP_Brochure_-_Spanish.pdf

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012). *Drogas: marco legal*. Viena: Organización de las Naciones Unidas. Consultado en marzo de 2012 en: <http://www.unodc.org/southerncone/es/drogas/marco-legal.html>

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2012a). *Representación Regional para México, Centroamérica y el Caribe*. Consultado en marzo de 2012 en: http://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/romex/representacion_regional.html

Oficina Naciones Unidas contra la Droga y el Delito. (2012b). *Informe Mundial sobre las Drogas 2012. Resumen ejecutivo*. Viena: Organización de las Naciones Unidas. Consultado en agosto de 2012 en: http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_drugs/WDR/2012/Executive_summary_Spanish.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (1998). *Declaración sobre los principios rectores de la reducción de la demanda de drogas*. Resolución aprobada por la asamblea general [sin remisión previa a una Comisión Principal (A/S-20/11)]. Vigésimo periodo extraordinario de sesiones. Nueva York: ONU. Consultado en junio de 2012 en: http://www.un.org/spanish/documents/instruments/docs_sp.asp?year=1990

Organización de las Naciones Unidas. (2004). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2003*. Nueva York: ONU. Consultado en octubre de 2011 en: <http://books.google.com.mx/books?id=cFz4JB68bLkC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Organización de las Naciones Unidas. (2005). *Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes. Material de Capacitación. Primera parte: El sistema de fiscalización internacional de estupefacientes*. Nueva York: ONU. Consultado en noviembre de 2011 en: http://www.incb.org/pdf/s/estim/trainmat/NAR_1%20Spanish%202005.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2008). *Cronología: 100 años de fiscalización de drogas*. Nueva York: ONU. Consultado en septiembre de 2011 en: http://www.unodc.org/documents/26june/26june08/timeline_S.pdf

Organización de las Naciones Unidas. (2009). *Centros de Información de las Naciones Unidas. México y la ONU*. Nueva York: ONU. Consultado en diciembre de 2011 en: <http://www.cinu.org.mx/onu/mexico.htm>

Organización de las Naciones Unidas. (2010). *Situación de la delincuencia y la justicia penal en el mundo. Ficha informativa. 12º Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Justicia Penal*. Brasil: ONU. Consultado en marzo de 2012 en: <http://www.cinu.mx/XIICongresoONUPrevencionDelito/docs/situacion%20de%20la%20delincuencia.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2012). *Centros de Información de las Naciones Unidas. Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas*. Nueva York: ONU. Consultado en junio de 2012 en: <http://www.cinu.org.mx/multi/onutrabajo/pnufid314.htm>

Organización Mundial de la Salud. (1969). *XIV Informe. Serie Informes Técnicos. Núm. 214*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado en octubre de 2011 en: <http://whqlibdoc.who.int/trs/>

Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Otros Problemas de Salud*. 10ª revisión. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado en agosto de 2011 en: <http://www.psycoarea.org>

Organización Mundial de la Salud (1994). *Glosario de Términos de Alcohol y Droga*. Madrid: Centro de publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Consultado en septiembre de 2011 en: <http://www.msc.es/alcoholJovenes/docs/terminosAlcohol2.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Informe técnico. Comité de expertos de la OMS en farmacodependencia*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado en agosto de 2011 en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4898s/9.html>

Organización Mundial de la Salud. (2003a). *Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado en julio de 2012 en: http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_fctc_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004). *Neurociencia del Consumo y Dependencia de Sustancias Psicoactivas*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado en octubre de 2011 en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/neuroscience_spanish.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2004a). *Acerca del Convenio Marco para el Control del Tabaco*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado en julio de 2012 en: <http://www.who.int/fctc/about/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Función de la OMS en la salud pública*. Ginebra, Suiza: OMS. Consultado en mayo de 2011 en: <http://www.who.int/about/role/es/index.html>

Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud (2011). *Plan de acción para reducir el consumo nocivo de alcohol*. 51. Consejo Directivo. 63.a Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C: OMS; OPS. Consultado en mayo de 2012 en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=15727&Itemid=

Otero, S. (2007, 27 de julio). PGR: entre el 18 y 25 de julio se concretó el traspaso de los recursos decomisados. *El Universal*. Consultado en noviembre de 2011 en: <http://www.eluniversal.com.mx/nacion/152850.html>

Otero López, J. M. (1997). *Droga y delincuencia: un acercamiento a la realidad*. Madrid: Pirámide.

Palomar Lever, J.; Harari Quinn, A. P.; Juárez, M. P. (2010). Elaboración de una Escala de Resolución de Problemas para Adultos (ERPA). *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(1), Universidad Veracruzana, México, 31-39. Consultado en junio de 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/292/29213133003.pdf>

París Pombo, M.D.; Pérez Floriano, L. R; Medrano Villalobos, G. (2009). *Estigma y discriminación hacia las y los usuarios de drogas y sus familiares*. México: Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Patin, L. (2007, agosto 5) ¿Y la prevención? *Reforma*. Consultado en octubre de 2011 en: <http://www.colegionacional.org.mx/SACSCMS/XStatic/colegionacional/templa te/content.aspx?se=articulo&te=detallemiembro&id=1893&mi=131>

Pedrero Pérez, J. (Coord.) (2011). *Neurociencia y adicción*. España: Sociedad Española de Toxicomanías. Consultado en noviembre de 2011 en:

<http://set.org.es/wp-content/uploads/2011/06/NEUROCIENCIA-Y-ADICCI%C3%93N-2011.pdf>

Peñaloza, P. (2007). Programa de Prevención del Delito y Servicios a la Comunidad de la PGR. En pos de un modelo integral. *Boletín especial de Farmacodependencia*. Consultado en diciembre de 2011 en: http://www.conadic.salud.gob.mx/campa/26jun01/campjun2001_prevdel.html.

Perales, A. (2007.). *Drogas y Medios de comunicación*. Madrid. Consultado en agosto de 2011 en: <http://www.auc.es/Documentos/Documentos%20AUC/Docum2007/Drogas%20y%20medios%20de%20comunicacion.pdf>

Pérez Sierra, J. P. (2003). *El narcotráfico en el contexto de las relaciones México - Estados Unidos*. (Tesis de Licenciatura, Universidad de las Américas Puebla). Consultado en enero de 2011 en: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lri/perez_s_jp/portada.html

Petit, M. C.; Cilimbini, A.L. (2008). *Representaciones sociales y medios de comunicación: Análisis de Recepción de "Los Roldán": un estudio de campo*. Cátedra I Psicología de las masas y medios de comunicación. Argentina: Universidad Nacional de Córdoba. Consultado en diciembre de 2011 en: <http://ocw.unc.edu.ar/facultad-de-psicologia/psicologia-de-las-masas-y-los-medios-de/actividades-y-materiales/2008/articulo-representaciones-sociales-y-medios-de>

Piper, I. (2008). La institucionalización de dos prácticas de la psicología en Chile: la psicología comunitaria y la psicología de los derechos humanos. *Revista de Psicología*, 17(2), 39-58. Consultado en octubre de 2012 en: <http://www.revistapsicologia.uchile.cl/index.php/RDP/article/viewFile/17136/17864>

Poiré, A. (2012, febrero). Discurso presentado en el Foro Internacional: “Drogas: un balance a un siglo de su prohibición”. Distrito Federal, México.

Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *Polis - Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*. 4(2), 157-186.

Portero, G. y De Francisco, M. L. (2000). Criminalidad, drogas y tratamiento jurídico. En: *Drogas: cambios sociales y legales ante el tercer milenio*. X. Arana; A. Vega Fuente; I. Markez Alonso (Coord.). Madrid: Dykinson.

Presidencia de la República. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. Consultado en abril de 2012 en: <http://pnd.calderon.presidencia.gob.mx/index.php?page=documentos-pdf>

Presidencia de la República. (2008). *Segundo Informe de Gobierno*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. Consultado en julio de 2012 en: <http://segundo.informe.gob.mx/>

Presidencia de la República. (2009). *Tercer Informe de Gobierno*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. Consultado en julio de 2012 en: <http://tercer.informe.gob.mx/>

Presidencia de la República. (2010). *Cuarto Informe de Gobierno*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. Consultado en julio de 2012 en: <http://cuarto.informe.gob.mx/>

Presidencia de la República. (2011). *Quinto Informe de Gobierno*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. Consultado en julio de 2012 en:

http://quinto.informe.gob.mx/archivos/anexo_estadistico/pdf/p_ind_estado_de_derecho.pdf Y en: <http://quinto.informe.gob.mx/informe-de-gobierno/resumen-ejecutivo/estado-de-derecho-y-seguridad>

Presidencia de la República. (2012). *Combate frontal al crimen*. Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos, Presidencia de la República. Consultado en agosto de 2012 en: <http://www.presidencia.gob.mx/estrategia-integral/combate-frontal-al-crimen/>

Procuraduría General de la República. Centro Nacional de Planeación, Análisis e Información para el Combate a la Delincuencia. (2006). *Programa Nacional para el Control de las Drogas. Acciones y Resultados. Memoria Sexenal 2001- 2006*. Consultado en agosto de 2012 en: <http://www.pgr.gob.mx/Combate%20a%20la%20Delincuencia/Documentos/Combate%20al%20Narcotrafico/MEMORIASEXENAL.pdf>

Procuraduría General de la República. Subprocuraduría de Control Regional, Procedimientos Penales y Amparo. (2008). *La participación ciudadana en el marco de la estrategia nacional para el combate al narcomenudeo y las adicciones*. Consultado en junio de 2012 en: <http://www.consejodeparticipacionciudadanatlaxcala.org.mx/folleto.pdf>

Procuraduría General de la República. Sala de Prensa. (2012). *Base de datos por fallecimientos por presunta rivalidad delincuencia*. Consultado en agosto de 2012 en: <http://www.pgr.gob.mx/prensa/2007/bol12/Ene/b01112.shtm>

Ramírez, E. (2009, mayo 31). Fracasa SEDESOL en rescate de espacios públicos. *Contralínea*. Consultado en junio de 2012 en: <http://contralinea.info/archivo-revista/index.php/2009/05/31/fracasa-sedesol-en-rescate-de-espacios-publicos/>

Ramírez Marín, A. (2011, enero 11). Inaugura FCH Unidad de Biopsicosocial en Adicciones. *Punto por punto digital*. Consultado en mayo de 2011 en: http://www.puntoporpunto.com/politica/imagen-principal/informacion-general/politica_inaugura_fch_unidad_d.php

Ramírez Plascencia, J. (2007). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. México: Universidad de Guadalajara. Consultado en marzo de 2012 en: http://guadalajara.academia.edu/TaniaRodr%C3%ADguezSalazar/Papers/1025609/Representaciones_sociales_teor%C3%ADa_e_investigaci%C3%B3n

Rementería, I. (2001). *Prevenir en drogas: paradigmas, conceptos y criterios de intervención*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Consultado en diciembre de 2011 en: <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/4/8044/lcl1596-P.pdf>

Rengel Morales, D. (2005). La construcción social del "otro". Estigma, prejuicio e identidad en drogodependientes y enfermos de Sida. *Gazeta de Antropología*. No. 21. Artículo 25. Consultado en agosto de 2011 en: http://www.ugr.es/~pwlac/G21_25Daniel_Rengel_Morales.pdf

Rodríguez, G.; Saad, E.; Zacarías, J.; Santamaría, A.; Del Bosque, J.; Machín, J. (2000). ONG con programas de juventud. *Evaluación de experiencias de intervención social. Tomo 1*. México: Secretaría de Educación Pública; Instituto Mexicano de la Juventud.

Rodríguez Salazar, T. García Curiel, M. L. (Coord.) (2007). *Representaciones sociales. Teoría e investigación*. México: Universidad de Guadalajara. Consultado en marzo de 2012 en: http://guadalajara.academia.edu/TaniaRodr%C3%ADguezSalazar/Papers/1025609/Representaciones_sociales_teor%C3%ADa_e_investigaci%C3%B3n

Rojas Aréchiga, M. (2008). El controvertido peyote. *Ciencias*, 1 (91), 44-49.
Consultado en enero de 2012 en:
<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=64411463008>

Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud colectiva*. 4(3). Consultado en mayo de 2012 en:
http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-82652008000300004&script=sci_arttext

Rosas, M. C. (2010, 19 de enero). México, la UNESCO y la mala educación. *Etcétera*. Consultado en septiembre de 2011 en:
<http://www.etcetera.com.mx/articulo.php?articulo=2793>

Rossi, A. (1996). *Narcotráfico y Amazonia Ecuatoriana*. Ecuador: Abya- Yala.
Consultado en diciembre de 2011 en:
http://books.google.es/books?id=tm3qPueYVNgC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Sagal Rodríguez, F. (2011, 10 de abril). La guerra contra el narcotráfico en México. *Política desde abajo*. Consultado en mayo de 2011 en:
<http://politicadesdeabajo.blogspot.mx/2011/04/por-francisco-sagal-la-aspiracion.html>

Saldaña, J. (2000). *Derechos del enfermo mental*. México: Universidad Nacional Autónoma de México; Instituto de Investigaciones Jurídicas; Cámara de Diputados. LVIII Legislatura.

Salgado, M. (2010). El papel de los medios de comunicación ante el fenómeno social de las drogas en España. Desde la perspectiva de una ONG. En: *Jóvenes, droga y comunicación*. Observatorio de drogodependencias de

Castilla-La Mancha. No. 6. Consultado en marzo de 2012 en:
http://www.od.jccm.es/admin/modulos/publicaciones/pdf/118_3385yt04.pdf

Sánchez, E. (2010, 23 de noviembre). Instituto de Adicciones, una nueva política pública: Ebrard. *Excelsior*. Consultado en mayo de 2011 en:
http://www.excelsior.com.mx/index.php?m=nota&id_notas=689702

Sánchez-Caballero Rigalt, J. C. (2009, 27 de julio). Cárteles mexicanos ¿Cuántos hay? ¿Dónde están? *La Crónica de Hoy*. Consultado en agosto de 2011 en:
http://www.cronica.com.mx/especial.php?id_tema=1254&id_notas=447994

Sánchez Hervás, E., Tomás Gradolí, V. (2001). Intervención psicológica en conductas adictivas. *Trastornos Adictivos*. 3(1), 7-21. Consultado en octubre de 2011 en:
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13012721&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=182&ty=134&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=182v03n01a13012721pdf001.pdf

Sánchez Villamar, R. y Puig Flores, P. (2009). *Factores de riesgo y protección para la prevención de adicciones en los hijos*. México: Centros de Integración Juvenil. Consultado en enero de 2012 en:
http://www.bienestartelmex.com/PDFS/ARTICULO_RESUMEN_COMO_PREVENIR_LAS_ADICCIONES_EN_MIS_HIJOS.pdf

Santino, U. La Fiura, G. (1993). *Detrás de la droga: economías de supervivencia, empresas criminales, acciones de guerra, proyectos de desarrollo*. Argentina: Homo Sapiens.

Secades Villa, R. (1997). Evaluación conductual en prevención de recaídas en la adicción a las drogas: estado actual y aplicaciones clínicas. *Psicothema*, 9

(2), 259-270. Consultado en enero de 2012 en:
<http://www.psicothema.com/pdf/96.pdf>

Secretaría de Desarrollo Social (página web). (2011). *Programa Rescate de Espacios Públicos*. Consultado en julio de 2012 en:
http://www.sedesol.gob.mx/es/SEDESOL/Mas_Informacion_del_Programa_Espacios_Publicos

Secretaría de Educación Pública. Secretaría de Seguridad Pública. Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación (2008). *Hacia una comunidad segura. Capacitación a maestros*. Consultado en julio de 2012 en:
<http://www.ssp.gob.mx/portalWebApp/ShowBinary?nodeId=/BEA%20Repository/824303//archivo>

Secretaría de Gobernación. (2009, 10 agosto) “*Exposición de motivos del decreto que reforma la ley general de salud*”. Consultado en mayo de 2012 en:
<http://www.tribunalmmm.gob.mx/web/narcomenudeo/taller/Proceso%20legislativo%20narcomenudeo.pdf>

Secretaría de Hacienda y Crédito Público.(2012). *Salarios mínimos 2012*. Consultado en agosto de 2012 en:
http://www.sat.gob.mx/sitio_internet/asistencia_contribuyente/informacion_frecuente/salarios_minimos/default.asp

Secretaría de Salud. (1998). *El consumo de drogas en México*. México: SSA. Consultado en agosto de 2011 en:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/CDM.htm>

Secretaría de Salud. (2002). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2002*. México: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Consultado en

mayo del 2011 en:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/obs2003_I.pdf

Secretaría de Salud. (2006). *Información para la rendición de cuentas*. México: SSA. Consultado en mayo de 2011 en:
<http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/rccs.html>

Secretaría de Salud. (2007). *Programa Sectorial de Salud 2007-2012*. México: SSA. Consultado en enero de 2012 en:
http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/plan_sectorial_salud.pdf

Secretaría de Salud. (2007a). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones*. México: SSA. Consultado en agosto de 2011 en:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/programas/PAE2007.2012_Adicciones.pdf

Secretaría de Salud. (2008). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México: SSA. Consultado en agosto de 2011 en:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/ena08/ENA08_NACIONAL.pdf

Secretaría de Salud. (2009). *Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las Adicciones (SISVEA). Informe 2009*. México: Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Dirección General de Epidemiología. Consultado en diciembre de 2011 en:
http://www.dgepi.salud.gob.mx/2010/PDFS/SISVEA/informes_sisvea_2009.pdf

Secretaría de Salud. (2009a). *Norma Oficial Mexicana NOM-028-SSA2-2009, Para la prevención, tratamiento y control de las adicciones*. México: SSA.

Consultado en enero de 2012 en:
<http://www.conadic.salud.gob.mx/pprg/NOM028-SSA2-2009.pdf>

Secretaría de Salud. (2011). *Programa de Acción Específico 2007-2012. Prevención y tratamiento de las adicciones. Actualización 2011-2012*. México: SSA. Consultado en marzo de 2012 en:
http://www.conadic.salud.gob.mx/pdfs/publicaciones/actualizacixn_2012.pdf

Seguel Lizama, M. (1994). Abuso y dependencia de sustancias psicoactivas. *Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile*. (23), 113-118. Consultado en diciembre de 2011 en:
http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/boletin/html/psiquiatria/5_6.html

Shoichet, C. (2012, 31 de enero). Víctimas desaparecidas: Las heridas abiertas del combate al narcotráfico. *CNN México*. Consultado en mayo de 2012 en:
<http://mexico.cnn.com/nacional/2012/01/31/victimas-desaparecidas-las-heridas-abiertas-de-la-guerra-del-narcotrafico>

Sierra Pacheco, A.M. (2010). *NARCOMENUDEO. Interpretación de los artículos transitorios del decreto que reforma*. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales. Consultado en junio de 2012 en:
http://www.inacipe.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=358:narcomenudeo-interpretacion-de-los-articulos-transitorios-del-decreto-que-reforma-autormaria-sierra-pacheco-&catid=35:maria-sierra-pacheco&Itemid=155

Sistema de Reporte de Información en Drogas. (2011). *Resultados de la aplicación de la Cédula "Informe Individual sobre Consumo de Drogas"*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría "Ramón de la Fuente". Consultado en junio de 2012 en:

http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/srid/rep_50_pdf.pdf

Slapak, S. Grigoravicius, M. (2006) Consumo de drogas: la construcción de un problema social. *Anuario de investigaciones de la Facultad de Psicología*, Vol. 16, 239- 249. Consultado en agosto de 2011 en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuinv/v14/v14a23.pdf>

Souza y Machorro, M. (2005). Personalidad y adicciones. *Revista Mexicana de Neurociencias*. 6(4), 336-345.

Souza y Machorro, M. (2007). *Adicciones: clínica y terapéutica*. México: Alfil.

Souza y Machorro, M. (2010). *Psiquiatría de las adicciones*. México: Fondo de Cultura Económica.

Szasz, T. S. (1994). *Nuestro derecho a las drogas*. Barcelona: Anagrama.

Tapia Conyer, R. (Ed.) (2001). *Las Adicciones: dimensión, impacto y perspectivas*. México: Manual Moderno

Tassin, J. P. (2009). La investigación neurobiológica sobre las drogas: implicaciones éticas y políticas. *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías*. Consultado en noviembre de 2011 en: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.emcdda.europa.eu%2Fattachements.cfm%2Fattach_81454_ES_TDAD09001ESC_WEB.pdf&ei=IOVAUKCdBKjfyAHFdA&usg=AFQjCNFGTyeE6xn8wTnzIYtzTiuUEI0how

Tavera Romero, S. Martínez Ruíz, M. J. (2007). *Prevención de las adicciones y promoción de conductas saludables para una nueva vida. Guía para el*

promotor de "Nueva Vida". México: Consejo Nacional contra las Adicciones (CONADIC).

Tenorio Tagle, F. (2010). Las políticas en torno a las drogas: Una guerra inútil. *Alegatos*, No. 76, 677-692.

Todd, L. E. (2008). *Adicciones: enfermedades del siglo XXI*. Monterrey, N.L.: Universidad Autónoma de Nuevo León.

Touzé, G. (1994). Drogas: entre altares, control y economía de mercado. Margen, *Revista de trabajo social*. No. 6. Consultado en agosto de 2011 en: <http://www.margen.org/suscri/margen06/drogas.html>

Trace, M. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: "Drogas: un balance a un siglo de su prohibición". Distrito Federal, México.

Turati, M. (2012, 8 de octubre). Exigen no ocultar resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones. *Proceso*. Consultado en octubre de 2012 en: <http://www.proceso.com.mx/?p=322000>

Umbría Acosta, Luis. (1992). Juventud y drogas. Extremos de una relación distorsionada. *Nueva Sociedad*. No.117, 175-179. Consultado en enero de 2012 en: http://www.nuso.org/upload/articulos/2084_1.pdf

Valadez, B. (2011, Junio 8). Se llenan las cárceles de adictos. *Milenio*. Consultado en marzo de 2012 en: <http://www.milenio.com/cdb/doc/noticias2011/a83771a907f9b3b0aaf6153c16ebc7b6>

Valenzuela, E.; Larroulet, P. (2010). La relación droga y delito: Una estimación de la fracción atribuible. *Estudios Públicos*. No. 119, 33-62. Consultado en

marzo de 2012 en:
http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cepchile.cl%2Fdms%2Farchivo_4677_2833%2Frev119_valenzuela_larroulet.pdf&ei=Z-ZAUOqpFtKHyQGO3YCwDA&usq=AFQjCNGFZe2lrWgqyIFWsDJg3TDzcgB9g

Vander Zanden, J. (1986). *Manual de Psicología Social*. Barcelona: Paidós

Vázquez, A. y Stolkner, A. (2009). *Procesos de estigma y exclusión en salud. Articulaciones entre estigmatización, derechos ciudadanos, uso de drogas y drogadependencia*. Buenos Aires: Facultad de Psicología. Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. Vol. 16, 295-303. Consultado en septiembre de 2011 en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1851-16862009000100028&script=sci_arttext

Ventre, M. (Comp.). (2001). *La Drogadicción: una mirada institucional*. Buenos Aires: Lugar.

Vigarello, G. (1994). La droga, ¿Tiene un pasado? En: *Individuos bajo influencia*. A. Ehrenberg (Comp). Buenos Aires: Nueva Visión.

Vila del Castillo, J. (1997). Prevención escolar en drogodependencias: la asignatura pendiente. *Estudios de juventud*. No.40, 37-47 Consultado en enero de 2012 en: <http://www.injuve.es/sites/default/files/Revista40-3.pdf>

Villatoro Velázquez, J.A.; Medina Mora, M., Fleiz Bautista C.; Téllez Rojo M.M., Mendoza Alvarado, L.R.; Romero Martínez, M.; Gutiérrez Reyes, J. P.; Castro Tinoco, M.; Hernández Ávila, M.; Tena Tamayo, C.; Alvear Sevilla, C.; Guisa Cruz, V. (2012). *Encuesta Nacional de Adicciones 2011*. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz; Instituto

Nacional de Salud Pública; Secretaría de Salud. Consultado en noviembre de 2012 en: www.conadic.gob.mx, www.cenadic.salud.gob.mx, www.insp.mx

Villoro, L. (2008). *Crear, conocer y saber*. Decimo octava edición. México: Siglo XXI Editores.

Vizcaíno Zamora, A. (2010). *El nuevo marco jurídico sobre farmacodependencia, narcomenudeo y narcotráfico*. México: Instituto Nacional de Ciencias Penales. Consultado en junio de 2012 en: http://www.inacipe.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=385:el-nuevo-marco-juridico-sobre-farmacodependencia-narcomenudeo-y-narcotrafico-autor-alvaro-vizcaino-zamora&catid=37:alvaro-vizcaino-zamora&Itemid=171

Wodak, A. (2012, febrero). Ponencia presentada en el Foro Internacional: “Drogas: un balance a un siglo de su prohibición”. Distrito Federal, México.

Xinhua. (2011, enero 28). Reconoce Córdova Villalobos aumento en el consumo de drogas en México. *La Jornada* Consultado en mayo de 2011 en: <http://www.jornada.unam.mx/2011/01/28/politica/012n2pol>

Zavala Gómez del Campo, M. (2012). Discurso presentado en el Foro Internacional: “Drogas: un balance a un siglo de su prohibición”. Distrito Federal, México.

(2010, octubre 27). 80% de presos en México son adictos a drogas. *Milenio*. Consultado en febrero de 2012 en: <http://www.vanguardia.com.mx/80depresosenmexicosonadictosadrogas-576252.html>

(2011, mayo 27). Reconoce OMS disminución de tabaquismo en México. *Sipse.com*. Consultado en mayo de 2011 en: <http://www.sipse.com/noticias/104648-reconoce-disminucion-tabaquismo-mexico.html>

(2011, septiembre 24). El alto costo de la guerra; gasta México millones. *Zócalo Saltillo*. Consultado en octubre de 2011 en: <http://www.zocalo.com.mx/seccion/articulo/el-alto-costo-de-la-guerra>

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. PREVALENCIA ANUAL Y NÚMERO DE CONSUMIDORES DE DROGAS ILÍCITAS A NIVEL MUNDIAL, 2010.....	13
TABLA 2. TENDENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO.	18
TABLA 3. TENDENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN MASCULINA EN EL ÚLTIMO AÑO.....	19
TABLA 4. TENDENCIA DE CONSUMO DE DROGAS EN LA POBLACIÓN FEMENINA EN EL ÚLTIMO AÑO.....	19
TABLA 5. TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO, POBLACIÓN TOTAL DE 12 A 17 AÑOS.	26
TABLA 6. TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO DEBIDOS AL CONSUMO DE MÚLTIPLES DROGAS O DE OTRAS SUSTANCIAS PSICÓTROPAS.	58
TABLA 7. ÁMBITOS DE CAUSALIDAD DEL ABUSO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS DE ACUERDO CON EL MODELO MÉDICO SANITARIO.....	91
TABLA 8. RELACIÓN ENTRE RASGOS DE PERSONALIDAD, MOTIVACIONES Y CONSUMO	103
TABLA 9. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	109
TABLA 10. AMBIENTES EN LOS QUE INFLUYEN LOS FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN.....	110
TABLA 11. CANTIDADES DE ARMAS DE FUEGO Y MUNICIONES DECOMISADAS EN CASOS DE POSESIÓN ILÍCITA.....	174
TABLA 12. PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LOS JÓVENES EN MÉXICO, 2005.	175
TABLA 13. TABLA DE ORIENTACIÓN DE DOSIS MÁXIMAS DE CONSUMO PERSONAL E INMEDIATO.	218

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1. TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO, POBLACIÓN TOTAL DE 12 A 65 AÑOS.	17
FIGURA 2. TENDENCIAS DEL CONSUMO DE DROGAS EN EL ÚLTIMO AÑO.	20
FIGURA 3. TIPO DE DROGA EN LA POBLACIÓN RURAL Y URBANA, ENTRE 12 Y 65 AÑOS.....	21
FIGURA 4. CONSUMO DE DROGAS POR GÉNERO, POBLACIÓN RURAL Y URBANA, ENTRE 12 Y 65 AÑOS.....	22
FIGURA 5. TIPO DE DROGA EN LA POBLACIÓN RURAL Y URBANA, ENTRE 12 Y 65 AÑOS. TENDENCIAS 2002-2008.....	23
FIGURA 6. TIPO DE DROGA. TENDENCIAS 1988-1998-2002-2008.....	24
FIGURA 7. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE REPORTA BEBER TODOS LOS DÍAS POR SEXO Y EDAD, 2008.	26
FIGURA 8. PROPORCIÓN DE LA POBLACIÓN QUE CUMPLE CON EL CRITERIO DE ABUSO/DEPENDENCIA, 2008.	27
FIGURA 9. PROPORCIÓN DE HOMBRES Y MUJERES QUE BEBEN ALTAS CANTIDADES, 2008.....	28
FIGURA 10. CONSUMO DE DROGAS ILÍCITAS EN LA POBLACIÓN MUNDIAL DE 16 A 64 AÑOS DE EDAD COMPARADO CON CONSUMO DE TABACO.....	172